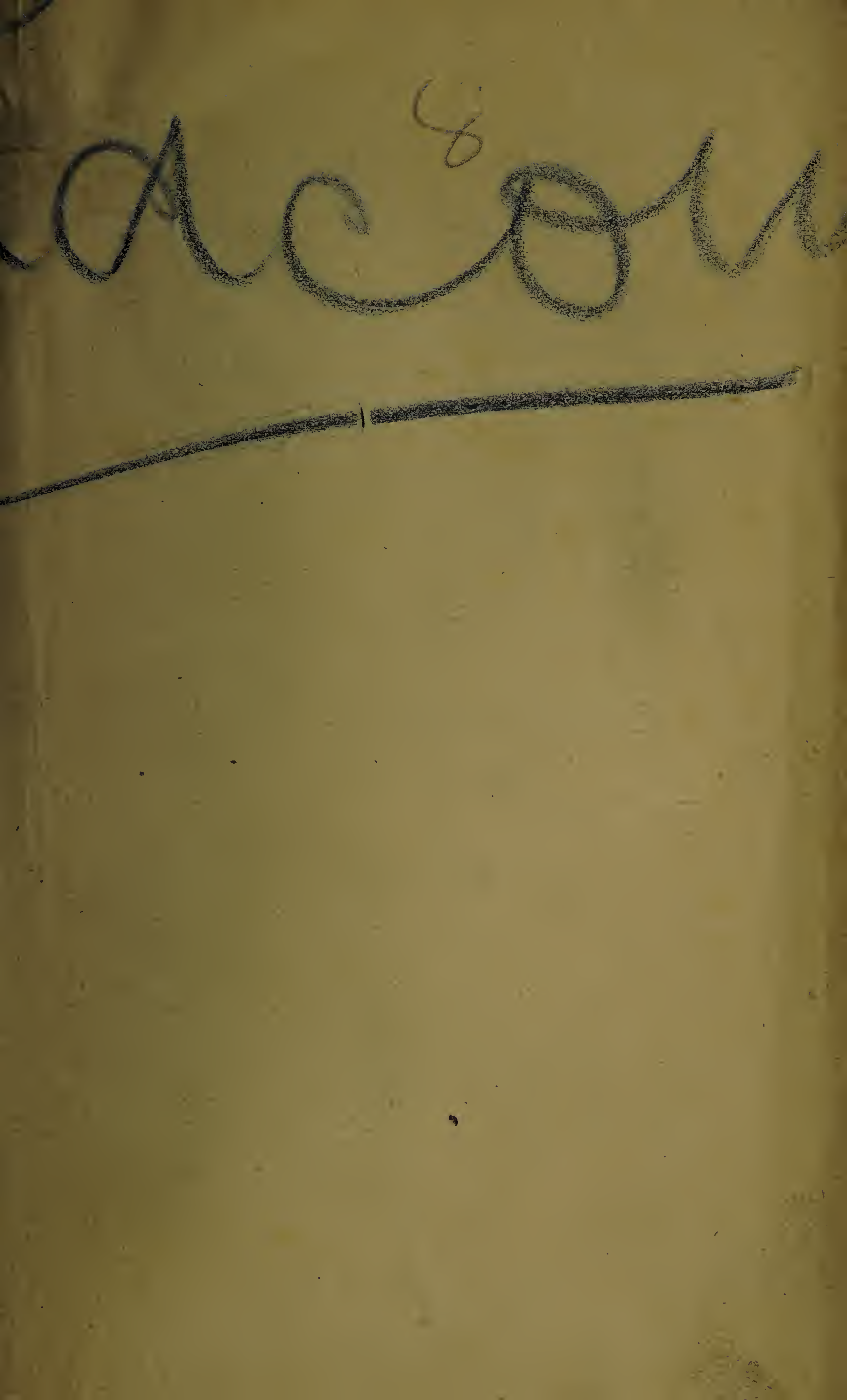


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1881 — N° 73

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 février 1881, à 1 heure

Par Eugène LACOUR

Né à Roufflac-d'Aubeterre (Charente) le 13 juillet 1854

Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux
Ancien aide d'anatomie à l'École de Médecine
Ancien aide de clinique interne
Lauréat (*ter*) prix de fin d'année

ÉTUDE SUR LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. DUPLAY, *professeur*,

Juges : MM. { HAYEM, *professeur*. MARCHAND, TERRILLON, *agrégés*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ALPHONSE DERENNE

52, boulevard Saint-Michel, 52

1881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	G. SÉE. LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie	FOURNIER.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

Doyen honoraire : M. WURTZ.

Professeurs honoraires.

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS

Agrégés en exercice.

MM. BERGER	MM. FARABEUF	MM. DE LANESSAN	MM. RECLUS
BOUILLY	GAY	LEGROUX	REMY
BUDIN	GRANCHER	MARCHAND	RENDU
BOURGOIN	HALLOPEAU	MONOD	RICHELOT
CADIAT	HANRIOT	OLLIVIER	RICHET
CHANTREUIL	HENNINGER	PEYROT	STRAUSS
CHARPENTIER	HUMBERT	PINARD	TERRILLON
DEBOVE	JOFFROY	POZZI	TROISIER
DIEULAFOY	LANDOUZY	RAYMOND	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N...
— des maladies des enfants	N...
— d'ophthalmologie	N...
— des maladies des voies urinaires	N...
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR DUPLAY

Professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine de Paris

A MES ANCIENS MAITRES DE BORDEAUX

ÉTUDE SUR LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

I

APERÇU HISTORIQUE. DIVISION.

Les maladies de l'œsophage retentissent sur l'organisme d'une façon trop remarquable pour n'être pas notées par tout bon observateur. Galien, pour ne pas remonter jusqu'à Hippocrate, s'en occupe dans son chapitre *Des lieux affectés*. L'œsophage, dit-il, est la voie des aliments ; c'est aussi l'organe des vomissements et des déglutitions. Comme voie des aliments il présente une espèce de symptômes lorsque, par suite d'une tumeur contre nature, sa capacité se trouve rétrécie....

Puis il indique la difficulté qu'ont les malades à avaler dans le décubitus dorsal. S'ils se mettent sur leur séant la pente ne contribue pas peu à la descente des aliments.

Si l'on avale mal, c'est que les parties enflammées souffrent en agissant et sont soulagées en se reposant... Ce canal est doué de sensibilité. Si le malade n'est pas stupide il pourra vous renseigner très nettement.

Toutes les personnes qui souffrent d'une affection de

l'œsophage éprouvent une douleur manifeste dans le dos. La cause en est évidente pour vous qui avez vu ce canal étendu sur le rachis.

Les vomissements de sang à la suite d'une rupture sont accompagnés de douleurs qui indiquent où la rupture a eu lieu. Ceux qui ont lieu par une simple ouverture de l'orifice des vaisseaux sont complètement exempts de douleur, etc.

Voilà bien une esquisse à grands traits. Mais il a fallu bien du temps pour en fouiller les détails.

En lisant la fameuse histoire du baron de Wassenaer, vrai modèle de style pompeux... en médecine, on remarque la surprise profonde de Boerhaave. Il trouva une plèvre remplie de boissons passées grâce à une rupture de l'œsophage. Le mal fut très grave, dit-il. Plût à Dieu que la présente observation servît à guérir ceux qui en seront tourmentés ! C'est la rupture d'un œsophage sain. Mais son étonnement semble dire qu'il avait vu au moins rarement les diverses fistules si communes du cancer.

Haller signale les glandes qui, comme celles de l'aîne et du mésentère se remplissent d'humeur visqueuse et concrète. Elles amènent le rétrécissement de l'œsophage et au-dessus sa dilatation. Puis rien ne passe et le malade meurt si on n'intervient pas. Comme il guérit trois malades avec une composition de vif-argent, de camphre et d'aloës on peut affirmer que ce n'est encore pas le cancer.

Cependant au XVIIIe siècle le mal était connu et certainement étudié. On connaît en effet l'œsophagotomie de Tarenget, professeur à Douay et Arras. La religieuse opérée avait une affection probablement organique de la partie

supérieure du conduit pharyngo-œsophagien. Elle survécut seize mois.

En 1833, Mondière publiait dans les archives un travail vraiment original sur les maladies de l'œsophage. Il y cite des observations d'Hélian (1777), de Gyser, de Morgagni et de Sampson.

Vers la même époque Grisolle publiait un cas de cancer de l'œsophage avec gangrène du poumon et fistule œso-pulmonaire. Ce cas fut discuté à la Société anatomique et servit de base à la thèse de Vincent.

Puis on se met peu à peu à étudier la question. Les graves accidents sont publiés et cette évolution est facile à suivre dans le Bulletin de la société anatomique.

Vigla, en 1843, faisait paraître dans les *Archives générales de médecine* un bon mémoire sur les complications. Puis vient la thèse d'agrégation de Follin (1853) excellent travail où se discute longuement la question de la gastrotomie, à propos des deux opérations de Sédillot.

Plus tard, deux thèses de Gindre et Gandais, portèrent sur les complications.

En 1864, Béhier fit sa clinique vraiment magistrale.

Terrier, en 1870, reprenait la question de l'œsophagotomie externe. On trouve à ce propos une revue critique par le professeur Duplay (1871) (*Revue mensuelle*).

Dans les six dernières années, plusieurs thèses se sont occupées du rétrécissement ; d'autres du spasme (Roux, Lesbini, Seney), de sa curabilité par la dilatation ou le bromure. La thèse de Comte traite des accidents du cathétérisme ; celle de Levoyer du cancer latent. Enfin vient l'article de M. Luton dans le dictionnaire.

Je ne puis donc avoir la prétention d'être nouveau. Réunir de nombreuses observations, les étudier, m'en inspirer pour écrire, telle a été ma conduite. Les auteurs anglais sont assez riches. Je croyais même y avoir fait des découvertes à propos de la gastrostomie. Or, au dernier moment, je lis le bon travail de M. Petit sur la gastrotomie. De toutes mes observations, une seule, la seconde de Roze, ne se trouve pas dans son recueil si complet.

Quoi qu'il en soit, voici ma division. Je commence par un tableau d'ensemble des symptômes habituels. Puis vient l'étude des complications, si fréquentes et si dangereuses : les accidents pleuro-pulmonaires, la gangrène, les lésions des récurrents et leurs conséquences, les fistules diverses. L'étude des récurrents pourra n'être pas sans intérêt. Mes faits sont bien incomplets. Mais ils servent au moins à un commencement d'étude de la question.

Enfin, je m'occupe de l'intervention chirurgicale. Quelques faits m'ont paru instructifs à propos de la trachéotomie chez les cancéreux de l'œsophage. J'ai cru devoir donner un aperçu à propos de la gastrotomie. J'avoue n'avoir aucun enthousiasme pour cette opération dans le cas présent. Le cathétérisme si souvent dangereux et parfois mortel me paraît encore préférable. Cependant ce travail en donnera une étude succincte. Qui voudra la connaître à fond ne pourra mieux faire que de s'adresser au livre de M. Petit.

II

TABLEAU GÉNÉRAL

Causes. Fréquence. Symptômes. Du spasme. Diagnostic. Du cancer dit latent.

CAUSES

Le cancer de l'œsophage n'est pas une lésion fréquente. Tanchou dans sa statistique de 9118 cancers en relève 2503 de l'estomac et 13 seulement de l'œsophage. S'il m'est permis de parler en mon nom, pendant six ans, dont cinq de service continuel à l'hôpital, je n'en ai rencontré que quatre cas.

Ses causes sont très discutables. Franck dit qu'un homme scrofuleux dans son enfance, arthritique à l'âge mûr, sera frappé de cancer dans sa vieillesse. La vieillesse est vraiment l'époque de cette néoformation. Dans mon relevé je trouve un ou deux cas très douteux avant trente ans; sept de trente à quarante; dix-huit de quarante à cinquante; trente-deux de cinquante à soixante; autant de soixante à soixante-dix à quatre-vingts et un seul après quatre-vingts ans. On voit que le maximum s'étend de cinquante à soixante-dix ans.

Il y a quelques années un médecin anglais, Richardson, publiait dix cas de vingt-deux à vingt-cinq ans, cinq hommes, cinq femmes. De mon côté additionnant mes chiffres

à ceux de Béhier je trouve que le sexe fort a le triste avantage d'être atteint cinq ou six fois plus.

Une autre cause m'explique cette prédominance. Je ne sais comment, mais l'ivrognerie joue certainement un rôle. Un homme de cinquante ans, dit Gyser, vivait pour boire plutôt que pour manger ; en feuilletant les observations on trouve assez souvent, ivrogne, alcoolique invétéré, intempérant. Les professions corroborent cette idée : chauffeur, cuisinier, cantonnier, entrepreneur de travaux, maçon, mendiant... Je trouve cependant un ingénieur. Mais, quels qu'ils soient, presque tous ont eu à souffrir d'une hygiène, on d'une alimentation déplorables. Un état de vie précaire, des peines physiques et morales, des excès à l'occasion, voilà ce qui me paraît le plus net. Quant à la suppression d'exanthèmes, d'émonctoires, d'hémorrhoïdes, je crois qu'il vaut mieux n'en parler pas.

On s'occupe moins aujourd'hui qu'autrefois de ce que l'on appelle tempérament. Quant à l'état des forces, quelques-uns des malades étaient débiles, beaucoup au contraire robustes et souvent endurcis à de pénibles labeurs. L'hérédité, si marquée dans d'autres cancers et spécialement dans celui de l'estomac, n'est pas établie par les observations. Tous les auteurs notent le cas de Gaitskell où le fils, le père et le grand-père meurent de la même lésion. Je le crois unique.

On peut distinguer trois classes principales de cancer de l'œsophage. L'une comprend les formes vulgaires, communes, sans accidents ; la seconde, la plus importante certes, comprend les accidents de toutes sortes assombrissant encore un bien sombre tableau ; enfin dans une

troisième se rangent les cas rares où le cancer est latent.

Forme commune. — C'est une longue déchéance de l'organisme tout entier, une descente insensible et progressive de la santé à la mort.

D'après les auteurs le début est insidieux. Les malades sentent que le pain ou la viande passent mal et il leur suffit de boire pour faire descendre le bol alimentaire.

Mais il est une autre forme de début que je retrouve dans plusieurs observations.

(Obs. 23) Cas de Marcano (Bull. 1873). Chopart, 56 ans, entre pour une gêne de la respiration et de la déglutition. L'invasion date de peu de temps et a été subite.

(Obs. 30) Cas de Vigla. Un homme de 48 ans, s'énivre et éprouve une violente constriction à la gorge.

(Obs. 33) Andral et Duret. Florentin, 64 ans..... La dysphagie apparut subitement en déjeunant, il y a trois mois.

(Obs. 10) Salneuve, 1852. Un homme de 37 ans, pendant le dîner se met à rire. A ce moment il éprouve une grande difficulté à avaler un morceau de viande, est pris de suffocation avec douleur vive à l'arrière-gorge, jusqu'au rejet du bol. Depuis la douleur est continue.

(Obs. 26) Desnos. Un homme de 75 ans est pris de dysphagie subite au milieu d'un repas.

(Obs. 34) Dans un cas de Kussmaul, le mal éclata par des vomissements copieux à la suite d'un repas abondant.

Le mal existe avant la dysphagie. A preuve les cas assez rares où le diagnostic reste indécis parce que jusqu'au dernier moment le malade avale bien. Les auteurs signalent une perte notable des forces, de l'amaigrissement. Cela

n'est pas impossible ; mais la réponse de tous les malades est celle-ci : un jour j'éprouvai de la difficulté pour avaler.

Rarement (obs. 35 d'Artus 1874) ce sont des troubles dyspeptiques qui ouvrent la marche.

Dysphagie. — La dysphagie ne paraît pas un phénomène simple dans sa nature. Le canal se rétrécit par l'obstacle, polype, champignon épithélial, tumeur intra ou extra-pariétale, rien de plus clair. Alors le malade vous dit : en tel point les aliments s'arrêtent, mais par un effort ou en avalant de l'eau ou du vin je réussis à les faire passer. Puis quelque temps après tout solide ne passe que s'il est très soigneusement mâché ; puis les solides, quelquefois à la seconde ou à la troisième bouchée sont fatalement vomis ; à la fin les liquides eux-mêmes ne passent plus. Au début s'il s'est étudié le malade sait qu'il ne pouvait avaler couché. Tout cela est en rapport avec le rétrécissement.

Mais à une étude plus attentive bien des choses frappent notre esprit.

D'abord dans bien des cas le début est violent. Dans le rire, après des vomissements causés par des excès, pour un bol solide un peu trop gros, le patient éprouve une constriction douloureuse au cou, ou dans la poitrine ; tout aliment est rejeté quelquefois en partie par les narines : rien ne passe de deux ou trois jours. Ensuite cette tempête se calme, l'état normal revient. Ce sont de vrais accès, qui vont se rapprochant. Cette périodicité se voit nettement dans une observation de (obs. 27) M. Desnos (voir accidents pleuro-pulmonaires). Pris au milieu d'un repas, notre homme ne put rien avaler de deux jours. Quinze jours après nouvel accès. Puis intervalles moindres. Bientôt un bol un

peu volumineux ne passe pas. Un cathétérisme rendit la dysphagie absolue et depuis la douleur n'a pas cessé. Or, quatre mois après une bougie assez volumineuse passait librement. Il n'y eut pas de cachexie d'un an; car le malade pouvait se nourrir. Le canal était sinueux, rétréci, non ulcéré.

On trouve un autre exemple très net et très soigneusement observé dans la thèse de Roux, *Du rétrécissement spasmodique*. A mon avis son sujet était cancéreux. Roux attribue les oscillations en mieux à l'emploi du bromure de potassium. Je ne veux pas lui arracher cette conviction thérapeutique. J'observerai seulement que le malade de Desnos ne prenait pas de bromure. Pas plus qu'un malade de M. Labbée. Qu'il me soit permis ici de remercier ce bienveillant docteur qui me permit de prendre l'observation suivante.

Observation I (Prise dans le service de M. Labbée).

M. X..., âgé de quarante-neuf ans, est entrepreneur de travaux publics. Il a longtemps travaillé à Majorque. Il y a onze ans dans des marécages, la fièvre tierce le prit. Très tenace, elle est revenue, mais moins grave les années suivantes, surtout vers le printemps.

En 1875 vinrent des douleurs coliques sèches, excessivement violentes, par accès nocturnes qui durèrent quarante jours.

Dans sa jeunesse il eut une blennorrhagie et un bubon suppuré. Il a travaillé dans l'eau pour des fondations, dans des lieux humides, tunnels, chemins couverts ; pour lui la suppression de sueurs abondantes des pieds a causé son mal.

Pas d'antécédents héréditaires. Rien comme caustiques.

17 *janvier* 1880. — Au milieu d'une bonne santé, en dînant, il

sent que le bol, pain et viande, passe difficilement ; un verre de vin fait tout couler. La gêne persistait cependant. Un médecin n'y fit pas attention.

En février suivant mangeant des œufs à la coque, il avale une bouchée de pain. Mais survient une violente suffocation, avec toux et vomissement : le pain est rendu recouvert de glaires : ce fut sa dernière bouchée pour six mois.

Plus de viande, plus de riz, plus de vermicelle. Il se mit à manger des pois entiers bouillis ; quinze jours après ceux-ci ne passaient plus.

Son médecin diagnostiqua un rétrécissement. Un autre un cancer de l'estomac. En France on lui prescrivit du bromure de potassium et des pillules de ciguë : le tout sans grand résultat.

Au mois de juillet on le sonda. L'obstacle fut rencontré vers le cardia. Il en avala plus mal pendant quelques jours.

Pendant l'été il fut pris parfois de dysphagie absolue pendant deux ou trois jours. Buvait-il un peu, il étouffait, sentait une violente douleur entre les épaules, vomissait parfois des quantités considérables de glaires, puis aussitôt se trouvait très bien.

18 *septembre*. — L'affaiblissement était marqué. Lait, œuf crus. A propos d'un bol liquide la dysphagie devint absolue pendant huit jours. Dans la nuit il fut réveillé par un craquement vers le cardia et vomit des glaires striées de sang. Puis il rendit une *peau* de trois centimètres et des parcelles rougeâtres d'odeur infecte. Aussitôt il s'essaie, avale deux bols de lait, se croit guéri ; le lendemain il mangeait du bœuf, du pain. Les liquides produisaient un glouglou très net. A la suite cependant il eut un peu de douleur à la respiration, peut-être pour un simple rhume.

Mais quatre jours après la dysphagie revenait, progressait et quinze jours après était absolue. Pendant ce répit il sut regagner dix livres. De quatre-vingt-sept kilogrammes en janvier il était tombé à cinquante-sept et remonta à soixante-deux.

Depuis lors, il n'y eut que des alternatives d'un jour à l'autre.

15 *décembre*. — Rien ne passe pendant huit jours.

La langue est blanche. Il y a de la constipation. La voix est peu ou pas altérée, elle deviendrait plus rauque, au dire du malade, lorsque les aliments passent avec plus de peine. Il y a de l'amaigrissement, mais pas de cachexie profonde. Pas de douleur. Le sommeil est parfait. Ni toux, ni dyspnée. Pas de tumeur.

Les deux pouls (62) sont égaux, filiformes. Rien au poumon. Lorsqu'il avale le malade perçoit du glouglou.

En auscultant je trouve deux bruits : celui de l'ingestion, puis deux ou trois secondes après un second de même qualité, mais dont le maximum est difficile à fixer. Il me semble successif, comme progressant selon la longueur de l'œsophage. J'aimerais mieux l'appeler glouglou, comme fait le malade, que gargouillement contre dit Hamburger.

On voit là des oscillations, des rémissions très notables, quoique le mal progresse toujours peu à peu. Un cathétérisme explorateur aggrava la dysphagie. Le fait curieux qu'il raconte (18 septembre) semble être la rupture sans doute par ulcération d'une masse polypeuse. Cet homme qui ne mangeait rien depuis huit jours réveille sa garde au milieu de la nuit, admire comme il mange et se permet le lendemain du beefsteack, du pain, du vin à discrétion, ce dont nos malheureux affamés rêvent la nuit et le jour.

Je note un dernier point de l'observation de Roux. Son malade avait avalé de la viande. Elle ne passe pas. Notre homme est pris d'une violente suffocation jusqu'au rejet du corps du délit. Or, la viande se moulant sur le point rétréci, avait la forme d'un clou à pointe très effilée. On passe aussitôt une sonde trois fois plus volumineuse et cela sans résistance.

Je crois en avoir dit assez. D'ailleurs il est facile de trouver des cas analogues en parcourant les observations.

Ainsi donc le rétrécissement varie d'un jour à l'autre, parfois d'un instant à l'instant suivant. C'est qu'il s'y ajoute un second élément, le spasme, qui lui-même peut exister seul, mais rarement. J'ai remis au diagnostic les causes possibles du spasme idiopathique.

D'après Hamburger la déglutition est un acte très complexe qui demande bien des facteurs : 1° C'est d'abord l'intégrité des fibres musculaires; 2° l'intégrité du nerf vague et de l'accessoire (spinal). Celui-ci, en effet, donne les fibres motrices, sans lesquelles les muscles sont sans action; 3° l'action normale du facial et du grand hypoglosse ; 4° l'action normale du glosso-pharyngien et des fibres sensitives du nerf vague, qui, par leur excitation, provoquent l'acte réflexe de la déglutition ; 5° l'intégrité des centres nerveux. Mais, malgré l'intégrité de tous ces facteurs, il peut arriver un faux pas, une folie musculaire, un spasme sans cause. On en voit dans le mémoire de M. Leroy. J'en ai vu un, dans la *Revue des sciences médicales,* où après huit ou dix heures de suffocation un morceau de viande dure fut violemment chassé avec un bruit de détonation.

L'œsophage est sensible et musculaire. Nous savons que partout où il y a des muscles une irritation amènera leur contraction. Pourquoi ne pas admettre qu'une ulcération de la muqueuse, l'envahissement des terminaisons nerveuses, la congestion inflammatoire, l'irritation perpétuelle des filets sensitifs, amènent ces contractions réflexes exagérées? Laissez la plaie œsophagienne sans excitation, en évitant de boire et d'avaler ; le spasme, conséquence de l'irritation, disparaît ou diminue avec sa cause. Pour parler

comme Romberg, le spasme est le cri des nerfs qui réclament le repos d'un organe musculaire surexcité.

On rapporte d'ordinaire la contraction de l'œsophage à l'influence du nerf vague. A ce propos, M. Ch. Richet cite un auteur allemand. Pour celui-ci l'œsophage aurait des centres moteurs propres et l'influence du vague serait une frénation, comme pour le cœur. Voici l'expérience. Prenez deux grenouilles, dénudez l'œsophage en le liant au cardia. On les suspend la bouche ouverte. Chez l'une on détruit les centres nerveux, chez l'autre on les laisse intacts. Or en versant de l'eau, l'œsophage se laisse emplir chez la grenouille qui a sa moelle et son cerveau. L'autre œsophage, au contraire, privé de l'influx central, reste contracté.

Quoi qu'il en soit, le spasme œsophagien existe ; c'est à lui surtout qu'il faut attribuer les oscillations constantes des cancers sans complication. C'est lui qui parfois cesse comme par enchantement. Les émotions peuvent retentir sur lui. Un cathétérisme unique l'exaspère presque toujours. C'est un agent de l'inanition. Chose curieuse, dans beaucoup d'observations il disparaît au moment de la mort, parfois sept, huit jours avant. D'après l'explication la plus admise, à ce moment les terminaisons sensitives des nerfs seraient détruites, d'où plus de douleur. Peut-être n'est-ce que le relâchement, l'hypotonie terminale de l'agonie.

Douleur. — La douleur est un phénomène assez simple. On sait la richesse du plexus œsophagien, surtout vers le cardia. Pour nous la déglutition d'un bol trop volumineux sera douloureuse par compression ou tiraillement des rameaux nerveux. Or pour un œsophage rétréci, tout bol devient progressivement trop volumineux. Mais la douleur

reconnaît d'autres causes : l'ulcération spécialement, nous explique la brûlure causée par le passage de liqueurs acides ou alcooliques. De plus l'ulcère appelle un afflux périphérique, par suite moins de souplesse, plus de sensibilité. N'est-il pas probable aussi que l'envahissement cancéreux des nerfs suffise à déterminer de la douleur? Cependant on voit des malades, observation d'Artus (35), où la dysphagie existe seule depuis un an.

Le siège en est important pour le diagnostic. A la base du cou elle indique une lésion du tiers supérieur, à l'épigastre, elle répond à l'envahissement de la partie voisine du cardia. Parfois elle siège dans le dos, irradiant vers une épaule. Quant aux irradiations thoraciques, je crois qu'elles répondent surtout à des complications pleuro-pulmonaires. J'en excepte les cas très rares où la lésion envahit les corps vertébraux.

Les comparaisons varient avec les malades : la malade de Bleuland avait des tortillements, une vieille que j'ai (obs. 25) soignée, avait des lancements et de la brûlure, sensations excitées par le moindre mouvement, spécialement ceux du larynx. Aussi les voit-on se renfermer dans un mutisme prudent, garder le lit opiniâtrement comme le malade de sir Bennet. Ils cherchent à remplir cette vieille indication : le repos de l'organe malade, trop heureux s'ils pouvaient se dispenser d'avaler.

C'est un spectacle assez triste que le repas d'un de ces malheureux.

D'abord c'est assez simple : un ou deux verres d'eau, un ou deux efforts entraînent le bol à destination.

Plus tard les choses se passent de deux façons selon le siège du rétrécissement.

Régurgitation. — S'il est en haut à la terminaison du pharynx le bol est entraîné par le pharynx, vient buter contre l'obstacle, y est violemment pressé et, s'appuyant sur ce point résistant, s'échappe quand la force est suffisante par le chemin qu'il vient de parcourir. C'est l'explication de Jaccoud. D'autres, et parmi eux Galien, admettent un mouvement antipéristaltique.

Au cardia il n'en est pas ainsi. La force des muscles du pharynx est bien autre que celle de l'œsophage. Les bols s'entassent, le malade en a la nette sensation. Puis au bout d'un temps qui varie de quelques minutes à des journées le bol est ramené à la bouche par une sorte de mouvement antipéristaltique. Les anciens et même Mondière comparaient ce fait à la rumination et ils appelaient jabot la dilatation si fréquente dans les rétrécissements aux environs du cardia. Ces dilatations sont un phénomène mécanique. Il semble en théorie que la dilatation entraîne toujours l'hypertrophie de la couche musculeuse. Dans un cas cité par Gindre tout près du cardia se trouvait un rétrécissement squirrheux de deux pouces. Au-dessus les tuniques de la partie dilatée étaient très minces ; la muqueuse polie ne présentait pas d'ulcération. La poche contenait du mucus et de la salive.

Dilatation. — Les dilatations sur lesquelles je n'insisterai pas sont parfois très curieuses. Dans un cas c'est une tumeur à gauche du cou et le malade par la pression peut en exprimer le contenu dans son estomac. Dans le cas de Gautier de Claubry cité par Follin, la tumeur siégeait aux

deux côtés du cou et la peau restait flasque et ridée une fois la poche vide. Je ne dirai rien des diverticulums que l'on trouve dans les cas de rétrécissement et de dilatation. Mondière dit qu'on les trouve dans les rétrécissements de l'œsophage, comme dans ceux du rectum. Il semble les considérer comme une conséquence. Follin (Path. ext.) en fait un phénomène à part. Il cite plusieurs faits où ces poches assez volumineuses se remplissaient d'aliments et comprimaient l'œsophage : d'où l'inanition et assez souvent la mort.

Je crois avoir vu une troisième étiologie, celle d'une sonde maladroite. On en verra quelques cas sans rien de bien particulier dans les observations ci-jointes. J'y vois surtout des nids à fausses-routes.

Mais outre la sensation de plénitude qui constitue au malade une sorte de second estomac, la dilatation intra-thoracique amène un phénomène important : la dyspnée, parfois l'étouffement.

Observation II

Ainsi (Hannay, *Archives méd.* 1833) un homme avait de la dysphagie depuis l'enfance. Il sentait les aliments s'arrêter au-dessus du cardia, d'où ils progressaient vers l'estomac. Ce fut d'abord de la gêne, puis de la dyspnée, à la fin de la suffocation. Un jour après un excès de table il rentre à trois heures du matin. Le lendemain on le trouva mort.

A l'autopsie l'œsophage avait le volume du bras d'un enfant de 16 ans. Les parois très épaisses et dures comme une semelle étaient très vascularisées. La muqueuse présentait des ulcérations.

Dans mon observation I (service de M. Labbée), si les

aliments ne passent pas arrive de la dyspnée, bientôt de la toux, des efforts de vomissements ; puis aussitôt ceux-ci toute douleur disparaît.

Dans un fait de Schmidt où on ne trouva pas de rétrécissement l'œsophage avait dans toute sa longueur le calibre du gros intestin.

Observation III

Un homme de 24 ans, vomit parfois depuis neuf ans. Après un excès de bière il a des nausées, du hoquet, des lipothymies, une soif ardente, de la dyspnée, des vomissements fétides... On lui donne du tartre stibié et du bismuth. Le hoquet persiste, fièvre, diarrhée et enfin mort. L'œsophage faisait dans l'estomac une saillie analogue à celle du museau de tanche. En ce point ulcérations à pic nombreuses. Au-dessus tout le conduit dilaté est gros comme le bras d'un homme.

Laborde. Une tumeur champignonnée est vers le cardia. L'œsophage est dilaté du double.

Observation IV

Luschka (Virchow's *Archiv.* 1868). Une femme de 50 ans peut depuis quinze ans rendre à volonté les aliments qui semblent avoir pénétré dans l'estomac. Plus tard la rumination est spontanée. A l'autopsie les parois de l'œsophage ont de 4 à 5 mm. Les fibres striées sont hypertrophiées. La muqueuse épaissie présente des érosions hémorrhagiques. La cavité fusiforme a 46 cm. de long et 14 cm. de large.

Il suffit de regarder un médiastin postérieur pour comprendre combien est mal placée cette sorte de tumeur alimentaire. Les jabots des oiseaux ne sont pas gênants. S'ils étaient intra-thoraciques ce serait un contre-sens.

Mais outre la tumeur agissant par compression on doit invoquer aussi la sympathie entre l'œsophage et le reste du département du nerf vague. M. Picard croit que le pneumogastrique, spécialement le laryngé supérieur, agit sur la salivation, plus peut-être que la corde du tympan. Ainsi s'établit une chaîne entre ces divers phénomènes : gêne œsophagienne, dyspnée, suffocation, régurgitation, et enfin salivation.

Celle-ci gêne beaucoup les malades en nécessitant sans cesse des essais de déglutition. Aussi chez les uns c'est un crachottement prudent et continuel. D'autres, spécialement dans les lésions du cardia qui amènent de la dilatation, ont le matin des sortes de vomiques de mucosités entassées sans doute pendant la nuit. Cependant cette salive offre un caractère noté partout : c'est un mucus tenace, filant que le malade doit parfois tirer de sa bouche avec les doigts. Le système glandulaire de l'œsophage, si riche en haut, est sans doute intéressé dans cette hypérémie.

Parfois (cas de Laborde) ces régurgitations salivaires précèdent la régurgitation des aliments.

Les quantités varient selon que les aliments passent mieux ou plus mal un jour ou l'autre ; le cathétérisme, les mouvements tout peut être inculpé. Souvent c'est deux, trois crachoirs par jour. Dans les régurgitations alimentaires le bol est recouvert de mucus. L'ulcération, un cathétérisme malheureux y font apparaître des stries sanguines, ou des parcelles gangrénées parfois horriblement fétides. Quelquefois (obs. 36. Decaudin) on observe de véritables petites hématémèses.

Le frottement produit par le bol agit ici comme le

cathétérisme. Je n'ai pu voir si le siège du rétrécissement influe sur la quantité de salive.

Le hoquet est un signe rare du cancer de l'œsophage.

Mondière croyait à sa fréquence et aussi à celle de l'engorgement ganglionnaire. Or la dégénérescence des ganglions, presque constante dans le cancer du larynx, me paraît exister dans le quart des observations. L'anatomie pathologique montre presque toujours des ganglions profonds. Mais l'envahissement des ganglions sterno-mastoïdiens et sus-claviculaires, les plus accessibles, est assez rare.

Leur caractère est de se tuméfier peu à peu et d'être mobiles, du moins un certain temps. Puis ils contractent des adhérences et peuvent devenir très nuisibles, soit par compression, soit par ulcération. Parfois le cancer débute par eux, pour se propager ensuite aux tissus voisins. Les ganglions secondaires se trouvent des deux côtés, peut-être un peu plus souvent à gauche. C'est par un palper très attentif qu'on pourra les trouver. Un siège spécial est signalé dans une observation tirée du Guy's hosp. Rep.. Le doigt profondément introduit trouva la tumeur arrondie, au-dessous de l'épiglotte et obstruant le larynx.

D'autres tumeurs paraissent au cou. L'invasion de la thyroïde fait une tumeur à la base du cou, tumeur peu mobile (obs. XXIII Marcano) passant devant la trachée, uni ou bilatérale. Cette complication n'offre pas de gravité immédiate comme on pourra le voir dans plusieurs faits.

Mais il est une autre tuméfaction dont le mécanisme ne me paraît pas très clair. Ainsi un malade de Desnos était sondé fréquemment pour sa dysphagie. Un jour le cathétérisme fut un peu brusque. La sonde buta. La douleur

éclata vive d'abord, puis sourde. Il y eut de la toux, de l'oppression, de l'anxiété. Puis la base du cou devint empâtée et bientôt il y eut un peu d'emphysème sous-cutané à la partie antéro-externe. La déglutition était impossible. Tout cela disparut tout seul et le malade se remit à avaler.

(Obs. 39) Le malade de Lebail présenta de la tuméfaction du cou, plus prononcée à droite, et dit avoir vu son cou se gonfler ainsi brusquement deux mois auparavant. Il y avait un abcès rétro-œsophagien et rétro-laryngien.

Dans l'œsophagotomie de Vatson on voit aussi une tuméfaction généralisée du cou s'accompagnant de dyspnée. Mais la mort peut encore mieux se rapporter à une fistule œso-bronchique.

Dans le cas de Renaut (obs. 40) une tumeur comprimant le haut de la trachée et de l'œsophage amena la tuméfaction du cou.

On voit par ces quelques faits combien la cause varie. Dans celui de Desnos la sonde semble coupable. Dans celui de Lebail c'est l'abcès, cause ou effet d'une fistule œsophagienne. Dans celui de Renaut c'est le voisinage d'une tumeur cancéreuse.

Ce signe, rare d'ailleurs, n'a donc rien de bien spécial.

La dysphagie, la douleur, la régurgitation indiquent le rétrécissement. Bientôt il s'y joint un amaigrissement progressif. Il est surtout d'ordre mécanique. En effet dans trois ou quatre cas où la dysphagie n'existait pas ou était faible, le cancer a évolué sans grande altération de l'organisme et la mort a été due à une complication subite. Avec l'amaigrissement vient un abattement profond, noté par tous les

observateurs. Toute l'attention du malade se fixe sur un point : comment avalera-t-il au prochain repas.

Il s'écoute en hypochondriaque. Puis vient la dysphagie absolue : c'est alors un vrai supplice de Tantale. L'espérance et le désespoir les agitent tout à tour. Pendant cela, les troubles généraux sont souvent nuls. L'intelligence est nette ; les forces reprennent sitôt qu'ils peuvent manger. Le sommeil est intact. L'appétit est bon dans la plupart des cas, si l'estomac n'est pas intéressé. Il y a souvent de la constipation, ici pendant quatre semaines; chez ma vieille malade pendant deux mois. Les malades ne manquent pas de vous répondre mélancoliquement : que voulez-vous, je ne mange presque rien. Le pouls se ralentit, 50, 55. La température baisse 35°,5 (Lanelongue). La miction était douloureuse chez ma malade. Dans les derniers temps, il fallait la sonder. L'urine paraît riche en urée : mais il faut songer (R. Lépine) que la proportion de l'eau diminue.

Le corps des malades exhale une odeur nauséabonde. Les auteurs signalent le chloasma comme trouble trophique. Enfin vient la cachexie, rarement de l'œdème malléolaire, et le patient s'éteint d'ordinaire brusquement.

La *durée* de la maladie est très variable. L'étude des complications l'explique trés bien. Lebert l'estime de neuf à quinze mois. Parfois le mal remonte à deux ans. Dans un cas il y avait dysphagie depuis quarante ans. Dans le cas de Bucquoy un homme de 42 ans avalait difficilement depuis quatre ans. Béhier cite un vieillard de 77 ans qui avale avec peine depuis l'enfance. Mais dans ces cas ce n'est pas du cancer, du moins au début. Hilton Fagge (Guy's Hosp. Rep. 1873)

fit l'autopsie d'un rétrécissement fibreux sur lequel s'était développé un épithélioma.

Un homme de 48 ans a de la dysphagie depuis quarante ans. A l'autopsie on trouva les parois de l'œsophage dilatées et hypertrophiées au-dessus du rétrécissement. En un point de la paroi se trouve un épithélioma ulcéré. L'ouverture de l'estomac est très étroite.

Je ne dirai qu'un mot de la micrographie.

Autrefois on connaissait deux espèces : le squirrhe et l'éncéphaloïde. La première était une tumeur dure, atrophiante, criant sous le couteau ; la seconde était une tumeur exubérante, s'ulcérant vite, plus molle, blanche et donnant un suc laiteux abondant à la pression.

En 1852 Lebert découvrit la tumeur épithéliale dans l'œsophage.

En 1857 M. Robin observa le fait de Bucquoy ; les glandules de l'œsophage étaient du volume d'une tête d'épingle et cela du haut en bas. M. Robin y vit une hypertrophie épithéliale des glandes avec envahissement et destruction des tissus voisins.

Puis le squirrhe se fit rare et l'encéphaloïde moins commun. L'épithélioma gagna le terrain qu'ils perdirent. Ainsi pour Cornil et Ranvier l'œsophage ne présenterait jamais de carcinôme primitif. Il viendrait des parties voisines : glandes lymphatiques, tissu cellulaire du médiastin, etc.

Ainsi (obs. 5 de Levoyer au diagnostic) M. Cornil déclara que la tumeur était un encéphaloïde. Mais il y avait cancer de la petite courbure et du cardia.

L'épithélioma pavimenteux est assez fréquent comme tumeur primitive. Il débute par le tissu conjonctif.

Le siège habituel répond à la partie inférieure de la trachée. Dans un cas à la limite de la néo-formation les culs-de-sac des glandes dilatés, pleins de cellules pavimenteuses se distinguaient des boyaux cellulaires de l'épithélioma.

Dans un autre fait existaient de épithéliomes lobulés, à globes épidermiques.

(Obs. 33) L'observation d'Andral et Duret est bonne à deux points de vue ; elle donne un exemple d'épithéliome tubulé. De plus on sait que Raimbert voyant une caverne pulmonaire dont l'ulcération était très analogue à celle de l'œsophage semblait conclure à la propagation du mal. Or M. Duret trouve bien une sorte de stroma, mais pas d'éléments épithéliaux dans le poumon de son malade. On pourra consulter les observations de Marcano (23), où se trouve un épithélioma tubulé de la thyroïde, de Lépine et Cornil (obs. 41. Lésion du récurrent), de Leroux (obs. 42. Voir récurrents), de Comte (obs. 54. micros. par M. Laveran).

DIAGNOSTIC

Le cancer de l'œsophage n'est pas toujours facile à diagnostiquer.

On peut ne le reconnaître qu'à l'autopsie. Cette forme ou plutôt cette absence de diagnostic a été étudiée dans la thèse de Levoyer intitulée : *Du cancer latent.* Je résume ses deux observations principales.

Observation V

Emptor, 61 ans, grand buveur. Plusieurs apoplexies ; la der-

nière le laisse aphasique pendant huit jours. Puis la parole reste embarrassée. Un mois après frissons, fièvre, vomissements, congestion pulmonaire surtout à droite. Dyspnée croissante, mort.

Foyer récent du lobe frontal gauche. Anciens foyers.

Au tiers moyen de l'œsophage tumeur grosse comme un citron occupant les deux tiers du canal, et comprimant la trachée et un peu la bronche droite. Dilatation bronchique de ce côté et adhérences pleurales.

Observation VI

Lombus, 62 ans (chez M. Rigal 1878), a fait des excès alcooliques. Malade depuis quatre ou cinq mois. Anorexie, aigreurs, renvois ftéides. Vomissements rares, pituiteux, dans des quintes de toux légère, douleur épigastrique. Il se plaint surtout de tousser depuis longtemps. Il eut quelques vomissements aqueux. On s'occupa surtout du cœur qui était irrégulier. Il mourut subitement.

Bronchite chronique. Congestion des bases : rien au cœur. La partie inférieure de l'œsophage, 10 cent. le cardia et la petite courbure sont envahis par une tumeur molle au centre, se délayant sous un jet d'eau, à suc laiteux (encéphaloïde, Cornil). Léger rétrécissement.

Je joins à ces faits une observation de James Neil, (the Lancet 1877).

Observation VII (inédite).

Une femme âgée de 45 ans, est dans une asile d'aliénés depuis deux ans pour folie partielle. Plusieurs mois avant sa mort elle s'affaiblit peu à peu sans signe d'un mal bien déterminé. Dernièrement elle devint difficile pour les aliments et eut de fréquentes nausées après le repas. Dans quelques occasions elle se plaignit de douleur dans le dos. Cachexie.

Un matin éclate un vomissement de sang, puis une entérorrhagie qui dure trois heures et amène la mort. On trouva le cœur gros, un

peu de sérum sanguinolent dans les plèvres. En enlevant le poumon droit on déchira des adhérences et du médiastin postérieur sortit un liquide grumeleux.

L'œsophage était pris à quatre pouces de sa fin. La paroi antérieure détruite était remplacée par la plèvre, les poumons, et la face postérieure du péricarde.

L'aorte adhérait à l'œsophage et s'y ouvrait. L'ouverture admettait le manche d'un scapel.

Observation VIII

(Dans le *Progrès médical*, décembre 1880, Brunon).

Desmoulins Jacques, 68 ans, entre chez M. Vulpian. Très abattu il passe pour avoir été abandonné sans soin. Il reste couché sur le côté droit. Cyanose des extrémités ; marbrures du nez et des oreilles.

Le lendemain et jusqu'à la fin vomissements dès qu'il veut prendre quelque chose, mais sans rien de caractéristique. Un peu d'œdème des malléoles, pouls très faible, mort. Ulcération en plaques de l'œsophage, abcès entre l'œsophage et la colonne vertébrale. Au poumon vieux tubercules et un noyau de gangrène.

On trouve quelques autres faits, par exemple ceux de Laborde (*Soc. Biol.* 1859). Le malade accusait de la gêne pour avaler ; mais on ne le crut pas en voyant la déglutition se faire régulièrement.

Diagnostic, bronchite et emphysème Or, il mourut brusquement asphyxié un matin. On trouva deux fistules ; œso-trachéale et œso-bronchique.

Dans un cas Piorry (Obs 20) vit des ulcérations laryngées. La cautérisation aidant le malade fut pris de convulsions, avec délire, puis mourut.

Ainsi on s'est trompé chez une folle, chez un apoplecti-

que, dans des cas de gangrène pulmonaire dont on ignorait les antécédents, dans des cas de fistules et celui de Piorry était d'autant plus difficile qu'il soignait son malade depuis longues années pour une laryngite chronique. Dans tous ces cas l'obstruction de l'œsophage n'existait pas ou était très peu prononcée. Aussi la régurgitation faisait-elle plus ou moins défaut.

Celle-ci manque en effet dans les plaques limitées, dans les ulcérations peu étendues, qui ne s'accompagnent pas des gros bourgeons ordinaires dans l'épithélioma.

Et d'abord, il est bon d'écouter avec soin les plaintes et divagations du malade. Comme dit Galien s'il n'est pas tout à fait idiot, il pourra vous donner d'excellents renseignements. Puis vous ferez une exploration attentive : palper, toucher digital profond, cathétérisme, auscultation, endoscope. Les principales causes d'erreur sont : le larynx, les abcès du cou, les tumeurs du cou, les tumeurs du médiastin postérieur.

Larynx. — Ici l'emploi du laryngoscope donne d'excellents résultats. De plus le cancer du larynx retentit tard et c'est sur les ganglions sous-maxillaires. Un signe que je n'ai jamais vu dans le cancer de l'œsophage est la douleur irradiant vers l'oreille. Le rameau qui va du pneumogastrique au tympan l'explique suffisamment. Le laryngoscope vous montre aussi l'extrémité du pharynx. Parfois il montre des lésions post-aryténoïdiennes, abcès ou tumeur. Il fera le diagnostic dans ces cas de cancer envahissants qui passent du pharynx au larynx postérieur et réciproquement. A son défaut l'exploration digitale peut donner de bons résultats. On peut ainsi arriver jusqu'à des rétrécissements de la

partie supérieure de l'œsophage. Elle vérifiera au besoin si vous n'avez pas affaire à un abcès aigu ou chronique, rétro-pharyngien.

Mais si on veut prolonger le toucher digital il faut prendre une sonde ou un cathéter. Follin en fait remonter l'usage à Willis. Ce fut d'abord une tige de baleine, puis on l'arma d'une éponge. Puis on fit des canules (Gualt-Ryff, XVIe siècle). C'est le vrai, le sûr moyen de diagnostiquer le rétrécissement ; pour voir son calibre on a la série des olives ; pour voir son étendue on marque sur la tige le niveau des dents au moment où l'on bute, on passe, et au retour quand l'olive est arrêtée de nouveau, on fait une nouvelle marque : l'espace entre les deux marques est la longueur cherchée. Le nombre, la consistance se déduisent facilement. Lorsque le rétrécissement est franchi, il se produit dans la sonde un glou-glou très fort, comme à l'entrée dans l'estomac. Ce fait est noté par Béhier ; je l'ai observé moi-même et on le trouve dans un certain nombre d'observations. Je n'insisterai pas sur le diagnostic des rétrécissements. Il est surtout étiologique. Il y a des rétrécissements syphilitiques. Le rétrécissement vient-il à l'œsophage comme à l'urèthre, après une légère inflammation ? Trousseau l'admettait. Parfois, la diphthérie a été mise en cause. Si ces cas existent, ils doivent être fort rares. Très rare aussi l'ulcère simple. Je dois dire que sir Bennet l'admit après examen microscopique. Or tous les signes sont ceux d'un cancer. La scrofule semble pouvoir causer des rétrécissements fibreux (Observation de Landrieux).

Pour un abcès qui comprime l'œsophage, il est facile de se tromper. Le diagnostic se fait surtout par le rejet d'une

quantité notable de pus, suivi d'une déglutition plus facile. Cependant les divers cas d'œdème du cou me semblent se rapporter à cet accident ou (Follin) à de la gangrène de l'œsophage. La dernière se distingue par des frissons, une douleur vague, une prostration profonde.

La tumeur péri-œsophagienne, surtout ganglionnaire, n'est pas toujours accessible au palper. On pourrait peut-être vérifier l'intégrité de la muqueuse en faisant avaler des liqueurs acides, ou légèrement alcooliques. Si la tumeur est visible, on remarque si elle suit ou non les mouvements du larynx, surtout pendant la déglutition. Si votre sonde entre librement pour buter bientôt, et que retirée, elle pénètre en un autre point dans l'estomac, c'est que vous avez affaire à un diverticulum. Ces complications ont été très bien étudiées par Follin.

La dysphagie doit faire songer à l'anévrysme de l'aorte, à la crosse, ou dans le thorax. Mondière niait ce rapport, d'après des faits nombreux. Follin l'a établi. Il cite une observation d'Hempson où le malade mourut d'inanition, suite de la dysphagie. Donc il faut remarquer les pouls et au besoin en prendre le tracé, voir s'il y a des pulsations thoraciques, percuter, ausculter avec soin, tenir compte des phénomènes généraux, de l'inégalité pupillaire. Ce diagnostic est parfois très délicat. Il est peut-être impossible spécialement dans les cas assez rares où les deux causes existent à la fois.

Endoscope. — M. Leroy dans une étude de l'œsophagisme recommande l'emploi de l'endoscope (*Gazette hebdomadaire*, 1880). Chez un homme soupçonné d'affection cancéreuse, l'endoscope fit constater l'intégrité de la mu-

queuse et ne laissa d'autre alternative que de conclure à un rétrécissement spasmodique (Labarraque, *Bull. thérap.* 1871).

Ce moyen me paraît plus précieux pour l'œsophage que pour l'urèthre. A l'urèthre on peut toujours faire la dilatation. A l'œsophage la dilatation est la première indication si l'obstruction n'est pas de mauvaise nature. Reste l'auscultation. Cette méthode me paraît encore à l'état embryonnaire depuis Hamburger. Les diverses mentions que l'on en fait sont des copies à peu près textuelles. Je la donne moi aussi, comme peu connue.

Auscultation. — Au moment de la déglutition d'un bol liquide, le stéthoscope placé à gauche du thyroïde transmet un gros gargouillement à timbre métallique argentin très net. En écoutant le long de l'œsophage en arrière, on perçoit un bruit spécial, d'après Hamburger bruit de glissement d'un corps fusiforme. Il est très difficile d'exprimer cette sensation. Je ne puis guère la comparer qu'à un gros râle muqueux se prolongeant un instant.

Voici les altérations de ce bruit d'après Hamburger :

1° Gonflement de la muqueuse : Déglutition ralentie et quelques bulles.

2° Exsudat et point contracté : Gargouillement.

3° Rétrécissement : Bruit de régurgitation.

Dans l'œsophagite circonscrite le bol produirait un choc au point correspondant. Dans l'inflammation aiguë de la muqueuse il y aurait régurgitation de bulles d'air, d'où glou-glou perceptible à distance. Si la muqueuse offre des rugosités diverses, il se produit une sorte de frottement, de frôlement, de froufrou. Dans la rupture de l'œsophage, les

diverticulums, le rétrécissement spasmodique, il peut se produire un sifflement. Les ulcérations, avec œdème et gonflement produisent un gargouillement. On peut entendre la régurgitation du bol s'arrêter sous le point rétréci. Un conseil excellent à mon avis est d'ausculter au moment du cathétérisme. Le frottement de la sonde doit être plus rude sur les points ulcérés.

Quand l'énergie musculaire diminue, le bol ne présente plus la forme d'un œuf, mais celle d'un entonnoir et la déglutition est très ralentie.

Le premier qui fit l'auscultation de l'œsophage fut certainement un rétréci. Tel est le malade de Proust, et de Smith. Le malade de M. Labbée a la même sensation. Roze entendit du glou-glou à l'auscultation. Chez une femme dyspeptique depuis deux ans on entendait à distance un bruit de glou-glou pendant la déglutition. L'auscultation donnait un bruit à timbre hydroaérique. Mackenzie *The Lancet*, 1878. Mais M. Gouguenheim n'a rien entendu. Or chez son malade il y avait un rétrécissement au niveau de la bifurcation de la trachée et, en ce point la muqueuse était ulcérée. Je ne mentionne pas les faits de Laborde et Barret où les bruits me semblent venir de la trachée.

On sait le caractère caverneux de ce gargouillement chez les malades à l'agonie.

Je dirai simplement ce que j'ai entendu chez deux malades.

Le rétrécissement siégeait chez les deux vers le cardia. Or chez l'homme sain on entend un seul bruit continu qui file rapidement vers l'estomac. Dans les deux cas dont je parle j'entendis d'abord un premier bruit, normal je crois. Puis environ deux secondes après un bruit assez analogue,

prolongé, répondant au point rétréci. C'était une sorte de déglutition en deux temps très distincts. Je ne puis rien affirmer de plus et crois que l'oreille a besoin d'éducation pour saisir les variétés indiquées par le professeur allemand.

Spasme. — Reste la question du rétrécissement spasmodique. L'étude de M. Leroy établit l'existence du spasme aigu. La thèse de Seney et peut-être celle de Roux prouvent qu'il existe un spasme chronique. Déjà d'ailleurs on avait noté la mort par simple spasme prolongé. Mais Trousseau et Béhier n'admettaient guère le spasme en dehors des états nerveux. Toutefois, dans un cas de dysphagie avec inanition, Trousseau fit cet étrange raisonnement : c'est probablement un cancer. Cependant faisons le cathétérisme : si la malade guérit j'aurai eu tort. Et la dilatation guérit la malade tout en prouvant qu'il y a des spasmes prolongés (Thèse de Seney).

J'analyserai donc très succinctement le travail de M. Leroy. D'après lui l'œsophagisme se rattache à six ordres de causes.

1° Les troubles utérins et menstruels.

2° L'état dyspeptique.

3° L'excitation de la partie supérieure de l'œsophage. Amygdalites (Seney) angines, boissons froides.

4° États nerveux, par exemple le délire des grandeurs, l'hystérie, et alors peuvent coïncider d'autres spasmes, les émotions vives.

5° Le trouble fonctionnel, de cause locale des muscles de l'œsophage. A cette classe appartiennent les divers cas

où le cathétérisme a guéri instantanément. Ils ont débuté par une sorte de faux pas dans le troisième temps, involontaire, de la déglutition. Le spasme sur le bol est une véritable folie de l'œsophage (Peter). Sondez, et le mouvement péristaltique reviendra régulier de haut en bas. L'examen devra donc porter sur ces divers états. On songera que le spasme siège d'ordinaire à l'une des extrémités.

Matières vomies. — Du temps que la cellule cancéreuse florissait, la sonde servait parfois de troquart à emporte-pièce. L'examen microscopique du magma qui remplit l'œil n'est pas à négliger. Parfois les vomissements ont aussi une valeur diagnostique. Mais je trouve des contradictions. Ainsi bien souvent le lait est rendu en nature, les vomissements sont alcalins. Or dans un cas (Leroy) une hystérique rendit un coagulum de lait fusiforme. Il n'y avait pourtant pas eu d'action du suc gastrique.

J'ai trouvé un ou deux autres faits où le lait était coagulé. Dans ces cas le rétrécissement se trouvait vers le cardia. C'est donc un signe du siège.

Enfin je signalerai un fait rare où le diagnostic s'affirme à l'extérieur. J'ai vu chez le professeur Duplay un rétrécissement cancéreux des environs du cardia. Le malade avait depuis quelques temps un cancroïde, de la grosseur d'une muscade, situé en dehors et un peu au-dessous de la commissure labiale gauche. Un cas analogue se trouve dans les faits de Béhier.

III

ACCIDENTS PLEURO-PULMONAIRES. PLEURÉSIE. GANGRÈNE. HÉPATISATION.

Troubles de la voix et lésions des récurrents.

La conséquence fatale du rétrécissement et du spasme est l'inanition relative ou absolue.

L'inanition, inanisation de Littré, inanitiation de Chossat, est définie par ce dernier : l'épuisement par défaut de nourriture.

D'abord le malade commence par manger son épargne de graisse. Puis tous les systèmes y passent plus ou moins, sauf le squelette. En sept mois, le malade de M. Labbée passa de 87 kilog. à 57,6. Un malade de Trendelenburg perdit 14 livres en cinq jours. Or l'inanition est seule ou du moins est surtout en cause. Notre malade en ce moment eut la chance de se remettre à manger : il regagna dix livres en quinze jours.

Je ne discuterai pas la durée possible de l'inanition : elle peut être de quarante jours comme l'a prouvé un étonnant Yankee. Quoi qu'il en soit, le chiffre de 40 0/0 de perte assigné à la mort n'est qu'une moyenne. Mon malade l'a presque atteint et actuellement l'a probablement dépassé, car depuis trois mois il mange plus difficilement.

Strelzof croit que la tension circulatoire est diminuée par l'atrophie et la disparition d'un grand nombre de capillaires.

M. Malassez a constaté une grande perte de globules rouges surtout à la fin. En même temps la respiration deviendrait plus lente et la température plus basse, phénomènes concordants. Le malade exhale une mauvaise odeur, due en partie aux sécrétions de la bouche. Je crois que cette odeur qui est assez repoussante peut se rapporter au corps tout entier.

L'urine diminue, devient foncée, parfois rapidement ammoniacale. Dans le fait d'une jeune fille qui mourut quinze jours après une cicatrisation obturatrice de l'œsophage, l'urée, l'acide phosphorique allèrent en diminuant, les chlorures disparurent, et l'acide hippurique devint trois fois plus abondant (R. Lépine, *Dict. pratique*).

Chez cette fille, il y eut de la soif, des envies de dormir, un délire tranquille, bruyant le dernier jour. La peau était froide, le pouls filiforme, les conjonctives injectées, la température basse.

Guislain (1833) signala dans les aliénés un accident très intéressant pour nous, la gangrène pulmonaire dans l'inanition.

Il y voyait en causes :

L'anomalie des malades qui refusent les aliments ;

L'apauvrissement du sang ;

Le trouble de l'hématose ;

L'altération consécutive du tissu pulmonaire.

Il s'étend sur le facies de ces malheureux. La face est d'un rouge briqueté ; les joues, le nez, les oreilles deviennent brunes ; la pupille se dilate ; les lèvres et les doigts se cyanosent.

Le poumon gauche est pris plus souvent que le droit, rarement les deux. La lésion ne dépasse pas le cinquième de l'étendue. Toujours elle fut plus prononcée à la pointe qu'à la base. Une seule fois elle siégeait sur la face antérieure. La partie gangrénée est englobée par une mince zône d'injection rouge.

Les malades ne souffraient pas : ni toux, ni respiration difficile. La température était plutôt diminuée, le pouls lent. Enfin il cite un cas d'Andral. A l'autopsie d'une femme de 50 ans on trouva une caverne gangréneuse que rien n'avait fait remarquer. La femme très émaciée était morte de maladie organique du cerveau.

Et maintenant nous pouvons nous demander : qu'est-ce que la gangrène pulmonaire, complication assez fréquente du cancer de l'œsophage ?

La plupart des auteurs la rattachent à l'inanition, et c'est pour cela que j'ai cité Guislain. Mais les cas ne répondent pas toujours à sa description. Dans plusieurs cas, je vois des tumeurs ganglionnaires intermédiaires à l'œsophage et au poumon. Est-ce irritation simple et propagation ? Ailleurs, je trouve le pneumogastrique plus ou moins intéressé par la tumeur avec des lésions du poumon correspondant ? Est-ce de la gangrène par lésion du pneumogastrique ?

Malheureusement l'état du pneumogastrique passe inaperçu dans beaucoup d'observations. Une seule semble établir quelque rapport entre la lésion du nerf et celle du poumon. C'est celle de Gull (Guy's Hosp. Rep. III).

Observation IX

Cancer de la partie supérieure. Nerf vague droit pris. Début de gangrène du lobe inférieur droit.

Un homme de 45 ans se plaint de dysphagie, avec douleur xyphoïdienne. La toux amène des crachats muco-purulents de mauvaise odeur. A droite, la percussion donne un son mat depuis l'omoplate : il n'y a pas de murmure. Au-dessus du niveau de la matité s'entendent des râles muqueux et de la bronchophonie.

Il mourut après huit jours d'hôpital.

L'épithélioma occupait le commencement de l'œsophage.

Le nerf vague droit près de la bronche était englobé. Le poumon droit était hépatisé, son lobe inférieur infiltré de liquide séro-purulent, gris verdâtre fétide.

Les ganglions bronchiques étaient pris ainsi qu'un point de la bronche. Gull. Guy's Hosp. Rep. III.

La propagation directe, soit par la tumeur qui s'élève, soit par les ganglions me semble devoir être invoquée. Ainsi dans un cas de Laborde une tumeur du cardia offre une fistule qui communique avec deux ou trois cavernes du lobe inférieur du poumon gauche.

Dans le cas de Moutard-Martin, squirrhe ulcéré au niveau de la sixième dorsale, une fistule menait dans une cavité gangréneuse du poumon droit, et comme au-dessous l'œsophage était presque effacé, les liquides avalés s'écoulaient dans la caverne.

De même chez une vieille femme citée par Bleuland une fistule de l'œsophage menait dans un vaste foyer purulent du poumon droit.

Dans le cas de Bayle, une tumeur située entre l'œsophage et la trachée est enchatonnée dans le lobe supérieur du poumon droit. Or, celui-ci présente deux cavités ulcérées du volume d'une noix.

Mais ce rapport entre le siège de la lésion œsophagienne et de la lésion pulmonaire n'a rien d'absolu. Ainsi (obs. 34) dans le cas de Kussmaul et Deininger on trouve une gangrène du lobe supérieur droit quand l'œsophage est pris dans son tiers inférieur. Dans d'autres cas la lésion est disséminée. Parfois la tumeur s'ulcère, immobilisant les parties voisines par des adhérences. La plèvre pariétale est envahie, puis la plèvre viscérale présente une plaque correspondante : c'est une vraie propagation par continuité.

Il est une observation (30) celle de Vigla (*Arch. gén.* 1846) qui me frappe par les troubles de la voix, de la raucité, jusqu'à l'aphonie. On n'y signale pas de lésion laryngée. Or il y avait une caverne grosse comme un œuf au sommet du poumon droit, avec fistule qui s'ouvrait à 3 cm. au-dessous du cricoïde. Est-ce le pneumo-gastrique ou le récurrent dont la lésion amena l'aphonie ?

Nous admettons d'après Schiff, Traube, Cl. Bernard, Vulpian que la section des pneumo-gastriques, quelquefois d'un seul, peut amener dans le poumon des congestions plus ou moins intenses et même des points d'hépatisation.

Chez nos cancéreux qui meurent du poumon, nous trouvons une vascularisation intense des bronches remplies de mucosités : c'est ce que l'on voit chez les cobayes et autres animaux en expérience.

D'autre part chez des chiens dont on a coupé le sciatique nous voyons aussi de l'œdème, des congestions et, si leurs

pattes ne sont pas mises dans la ouate, des eschares aux points d'appui. N'est-il pas naturel de songer que la congestion pulmonaire et la bronchite capillaire peuvent avoir un degré de plus, ou une conséquence : l'eschare? malheureusement ce n'est guère qu'une hypothèse.

On sait que Schiff faisait de la congestion pulmonaire dans la section des nerfs vagues un phénomène vaso-moteur, mais par l'expérience directe M. Vulpian a pu exciter le bout périphérique : or à l'excitation ou au repos le poumon d'un chien n'offrait aucune modification dans sa couleur. Les vaso-moteurs sont donc de bien petite importance. Pour Traube la section du nerf entraîne l'insensibilité du larynx (laryngé supérieur) et de la trachée. Les parcelles alimentaires peuvent y tomber. Le pus, les mucosités s'entassent sans éveiller l'ancienne susceptibilité du nerf respiratoire : il se fait de l'hépatisation en quelque sorte mécanique. Cette opinion est la plus adoptée. Steiner (Ch. Richet) distingue à l'origine du pneumo-gastrique, deux rameaux qu'il croit l'un sensitif, l'autre moteur. Seule la section du rameau moteur amène la pneumonie, avec ou sans ligature de l'œsophage. En plaçant les lapins sur le dos et les entourant d'ouate, on pourrait éviter ou retarder la pneumonie.

Un cas de Salneuve (1851) *Bull. soc. anat.*) cadre très bien avec l'opinion de Traube.

Observation X

Un homme de 37 ans a fait de nombreux excès alcooliques. Le 1er juillet 1851 en dînant, il rit, avale difficilement un morceau de

viande : suffocation, douleur vive à l'arrière-gorge, rejet du morceau. Depuis la douleur est continue ; dysphagie pour les solides.

12 *août.* — Amaigrissement, pâleur. Le larynx devient volumineux : *aphonie.* Il y a une douleur vage dans la poitrine. Le cathéter bute au niveau du larynx, puis passe assez facilement. Trois autres fois on essaye en vain de passer.

Les douleurs de poitrine deviennent plus vives. Dyspnée, suffocation, trachéotomie, mort.

27 *septembre.* — Œsophage, rétrécissement de 4 centimètres au niveau des deux premiers cerceaux, admettant le petit doigt. La muqueuse y est plissée, non altérée. La tunique musculeuse adhère au tissu cellulaire périphérique et semble avoir été enflammée antérieurement.

Deux ulcérations au-dessous du rétrécissement, l'une est presque circonférentielle et a 3 centimètres de long ; l'autre forme une sorte de frange, de languette que l'air ou les aliments devaient mouvoir. Le fond de l'ulcère, irrégulier, anfractueux adhère à la trachée dans laquelle il s'ouvre. Des corps alimentaires se trouvent dans la trachée et les deux bronches, causant une hépatisation des deux lobes supérieurs.

2 centimètres plus bas une nouvelle ulcération de 7 centimètres présente une perforation de 5 centimètres communiquant avec le tissu cellulaire du médiastin, dans lequel sont épanchées des matières alimentaires. Gros noyau de ganglions bronchiques énormes et indurés, quelques-uns suppurés.

Lebert c'est un cancer épithélial. Salneuve, *Bull.* 1852.

Si l'influence des lésions du nerf vague sur la production de la gangrène est discutable elle semble mieux établie à propos des noyaux d'hépatisation. Dans trois observations de Desnos (accidents pleuro-pulm. *Revue mensuelle*) les pneumogastriques étaient compris dans la tumeur et nous voyons une pleurésie et deux pneumonies. Il est vrai que la pleurésie peut très bien se rattacher à la propaga-

tion. Dans un point la plèvre adhérait à la tumeur. Quant aux pneumonies il n'est pas illogique d'admettre que la lésion pathologique ait eu le même résultat que la lésion expérimentale.

Évidemment l'état général déplorable est aussi une cause, peut-être la plus importante. M. Vulpian invoque comme cause probable des noyaux d'hépatisation expérimentale une vitalité moindre des alvéoles pulmonaires. Ici elle doit exister ou jamais.

Observation XI

Dans une observation anglaise dont j'ai oublié de prendre le titre je trouve ceci.

Une tumeur du médiastin postérieur siégeait au-dessous de la bifurcation bronchique. Le nerf vague droit y était complètement pris. Il était épaissi en ce point, sur deux pouces et demi de sa longueur. Le vague droit était pris de même et fusiforme, à trois-quarts de pouce de l'origine du récurrent.

Cependant à un examen très attentif du tronc et des branches on ne vit pas d'altération. Deux branches allant au pédicule du poumon droit naissaient juste au-dessous de la tumeur. Le plexus était compris dans des ganglions situés au haut de la tumeur, mais sans aspect anormal.

Or la plèvre gauche offrait quelques adhérences.

La plèvre droite était totalement adhérente.

Le poumon gauche était sain.

Le lobe inférieur du poumon droit était complètement hépatisé. Les bronches et la trachée étaient injectées.

Ne peut-on dans ce cas mettre en cause la lésion du pneumo-gastrique ?

Guislain insiste sur l'obscurité de symptômes parfois nuls, souvent très peu prononcés.

Cependant, dans plusieurs observations je trouve ici un violent point de côté, ailleurs de la fièvre, ailleurs de la dyspnée. Dans quelques-unes on signale un délire léger, loin d'être constant; parfois la face se congestionne. Une observation signale à la fin des plaques cyaniques sur les cuisses, un autre de la cyanose de la face et des extrémités. La toux est variable. Souvent ce sont des quintes sans trêve, surtout après une ingestion de liquides : on comprend la suffocation dans ces cas de fistules amenant les boissons dans l'intérieur même du poumon.

Parfois le patient rejette presque sans effort des masses noirâtres horriblement fétides, mêlées de pus et de sang. Ces crachats sont le seul signe qu'on puisse appeler pathognomonique. Il s'y joint toujours un abattement profond, avant-coureur de la fin. Et pendant cela souvent à la percussion le médecin ne trouve presque rien : quelques sibilants, quelques sous-crépitants, une légère submatité. La disproportion des signes et de l'état général ne saurait nous rassurer, si nous songeons aux vastes délabrements qui souvent passent inaperçus. Le facies est important. Guislain l'étudia fort bien. La peau est sèche ; la température s'élève. On songera que l'inanition amène de l'hypothermie. Donc une température de 39.5 sera fort élevée. Le nez se cyanose le premier, ainsi que les pommettes et les oreilles. Les lèvres sont sèches et fendillées. La prostration est profonde. Si vous n'avez pas de signes de perforation songez à la gangrène.

Aphonie et récurrents. — Dire que l'aphonie est en

rapport avec la lésion des récurrents semble trivial. Mais les faits à l'appui de cette opinion sont rares. Sur environ cent cas dont j'ai la relation, je trouve neuf observations à ce sujet. L'an dernier M. Gougueinheim en publiait une et disait ne connaître que celle de Barrett et dans la courte analyse de Béhier. Les sept autres faits pourront donc n'être pas sans intérêt. Vers 1874 M. Charcot demandait qu'on cherchât à quel état anatomique se relie l'aphonie dans le cancer de l'œsophage. Je réponds à cette demande. Deux lésions me paraissent entraîner l'aphonie : c'est le cancer secondaire du larynx, c'est en second lieu la lésion plus ou moins grave des récurrents.

Le cancer du larynx est magistralement traité par Fauvel. Je me contenterai de rapporter ici le titre de quelques observations.

1. Cancer médullaire envahissant la région interarytènoïdienne et la corde vocale supérieure droite. Dysphonie. Aphonie. Dyspnée. Cornage. Les végétations arrachées, la dyspnée disparaît.

2. Encéphaloïde du vestibule et des cordes vocales inférieures. Sténose considérable de la glotte. Aphonie, dyspnée, cornage.

3. Cancer épithélial siégeant à la fois sur le larynx et sur l'entrée de l'œsophage. Altération légère de la voix remontant à deux ans. Douleurs pendant la déglutition. Dyspnée. Cornage. Douleurs lancinantes à la région laryngée. Tumeur ganglionnaire à gauche. Amaigrissement léger. Crachats sanglants. Haleine fétide. Dysphagie, dyspnée, mort.

4. Encéphaloïde œso-pharyngien ayant envahi le repli ary-épiglottique gauche et descendant ensuite dans le larynx. Dysphagie puis dysphonie. Crachats sanguinolents. Ptyalisme. Dysphagie absolue. Ganglions. Cachexie. Mort.

5. Encéphaloïde de l'œsophage puis du pharynx et de la moitié

gauche du larynx. Dysphagie. Raucité. Crachats sanglants. Douleur sourde laryngée, irradiant vers l'oreille gauche. Ptyalisme. Accès de suffocation. Trachéotomie. Issue de beaucoup de mucosités. Ganglions. Sonde œsophagienne. Cachexie. Mort.

Fauvel établit par de nombreuses observations que dans la lésion des cordes vocales l'altération de la voix peut précéder d'un an tout trouble respiratoire. Une lésion unilatérale, c'est le début ordinaire, amène de la raucité. Celle-ci peut varier d'un jour à l'autre. La voix peut même se rétablir si on débarrasse la corde vocale de ses végétations.

Malheureusement le cancer ne se limite pas comme un polype. L'envahissement et l'irritation amènent l'inflammation et le gonflement des parties voisines.

Dès lors le passage de l'air devient gêné. La respiration et spécialement l'inspiration deviennent rudes, râpeuses. Bientôt, dit Fauvel, c'est un dur cornage, comme si l'inspiration filtrait à travers une glotte étroite et ligneuse. Ce signe serait pathognomonique de l'invasion des cordes vocales.

La grande rudesse indique un rétrécissement notable de la glotte. On comprend alors les accès de suffocation, qui viennent d'abord la nuit.

Après ces rapides données d'un maître, voyons les observations.

Nous trouvons divers degrés dans la lésion du nerf et par suite dans les troubles consécutifs. La lésion est l'accolement du nerf à la masse, sa compression, son envahissement, sa destruction. Les troubles sont la raucité ou la bitonalité de la voix, troubles qui présentent des oscillations

pour arriver à l'aphonie absolue. Il peut ou non y avoir dyspnée, accès de suffocation et cornage.

D'abord la voix devient rauque ou bitonale. Souvent la dysphagie a précédé de longtemps, cinq mois, un an et alors le diagnostic est facile. Mais quelquefois la raucité de la voix est le premier symptôme. Ainsi, dans l'observation 40 de M. Renaut; M. Potain qui voyait le malade depuis longtemps, trouvait de la raucité, la paralysie de la corde vocale droite, une tumeur du cou : d'où le diagnostic de cancer du larynx. Si à cette époque le laryngoscope ne vous montre que de la paralysie et point de tumeur, songez à l'œsophage, ou du moins à une tumeur, vasculaire ou autre, intéressant le récurrent.

(Obs. 42) Le malade de M. Raynaud eut la voix bitonale après quatre mois de dysphagie. A l'examen on trouva les deux cordes un peu rouges, mais mobiles encore. Un mois et demi après l'aphonie était complète. Les cordes étaient inertes et la glotte demi-ouverte. Le malade mourut surtout d'une fistule œso-médiastine, probablement produite par le cathétérisme. En ce qui nous intéresse on trouva les récurrents baignant dans le pus et plus haut le gauche était englobé dans la masse cancéreuse.

(Obs. 44) Le malade de M. Gouguenheim eut de l'angine, disait-il, puis de la dysphagie : presque aussitôt la voix changea, devint fausse et bitonale. On trouva les cordes presque immobiles. La droite était plus large que la gauche et semblait encore se mouvoir un peu. La glotte offrait une fente constante de 2 mm. Il mourut après trois mois.

Le récurrent droit, libre jusqu'à la tumeur ganglionnaire,

semble s'y engager. Puis l'adhésion intime le rend impossible à disséquer : il s'amincit et se rompt alors facilement. A ce niveau il est plus rouge.

Le récurrent gauche s'engage dans la masse ; il paraît rouge et gonflé aux points d'émergence. Il nous a été possible de le suivre en arrière de la tumeur où il nous semblait aplati entre la tumeur et la trachée.

(Obs. 41) Dans le cas de M. Lépine il y a dysphagie depuis cinq mois, dyspnée depuis un mois : la voix s'éteint. On entend du cornage, qui se propage dans le poumon droit seulement. Fauvel avait constaté la paralysie de la corde vocale gauche.

Les récurrents, surtout le gauche, sont comprimés par des masses ganglionnaires. A l'anse du récurrent droit induration. Le gauche pénètre dans une tumeur et s'y confond. Le névrilème s'épaissit, les tubes sont dissociés, la myéline se fragmente en granulations graisseuses.

Enfin il est un dernier degré de la lésion : c'est la rupture du nerf par l'ulcération. Nous la trouvons dans un fait de sir Bristowe (1879 may. Bristish, med.) ; et dans le premier fait connu, de Barret.

Observation XII

Sir Bristowe (Bristish med. may. 1879). — Récurrent. — Rupture de la carotide gauche.

Mon premier malade eut un cancer de l'œsophage, un peu au-dessous de la glande thyroïde et gagnant assez loin par en bas. Le bas du cou présentait de plus des ganglions volumineux et indurés. Outre les signes habituels du cancer de l'œsophage, il avait la voix rauque,

depuis peu, sans douleur du cou et sans toux. A l'examen les cordes parurent saines; mais si la droite se mouvait librement, la gauche restait inerte. Après environ trois mois de traitement cet homme mourut tout à coup par perforation de la carotide gauche.

Le récurrent gauche était entièrement détruit dans un bon pouce de son étendue par l'envahissement de la tumeur. Il n'y avait pas eu la moindre dyspnée.

En somme il se passe pour le récurrent ce qui se passe pour tout nerf comprimé ou interrompu. Vingt-quatre heures après la rupture la myéline se sectionne dans le bout périphérique ; au bout de vingt jours environ elle est réduite en gouttelettes graisseuses fines. La gaîne de Schwann devient moniliforme. Le cylindre-axe disparaît vers le dix-septième jour. On crut qu'il persistait jusqu'à trois mois. Mais on ne voyait que la gaîne de Schwann, contractée en filament au centre du périnèvre (Voir Vulpian, Ranvier, Robin).

L'extrémité centrale se renfle en sphéroïde. Cela se voit dans le fait de Barret ; c'est surtout une multiplication considérable du tissu connectif. Dans le fait de M. Gouguenheim on trouva le nerf renflé à l'entrée et à la sortie de la tumeur. Je ne sais trop comment cela s'explique.

Longet a prouvé que les fibres motrices ont perdu leur propriété dès le quatrième jour.

On sait que le récurrent est inspiratoire, comme dilatateur de la glotte et phonateur, comme tenseur des cordes. J'ai dit plus haut que la lésion d'un récurrent amène la raucité de la voix. Celle des deux, l'aphonie. Cela se constate par l'expérience sur les animaux.

Mais je n'ai pas parlé encore de la dyspnée, du cornage,

des accès de suffocation. Ma raison, c'est que ces accidents ne relèvent pas de la lésion du récurrent.

Dyspnée. — La dyspnée peut tenir en effet à bien des causes, qui agissent par obstruction ou par compression en trois parties de l'arbre respiratoire : la glotte, la trachée, les bronches. Or à la glotte s'il n'y a que paralysie, on a la paralysie du dilatateur de la glotte, il est vrai : mais reste la glotte inter-cartilagineuse et, comme le cancer de l'œsophage est une maladie des vieillards, l'air a toujours un libre passage. Dans les observations, les deux cas de Bristowe ne présentèrent aucune dyspnée, celui de M. Gouguenheim n'en offrit jamais. Et cependant la glotte était absolument inerte. Les autres mentionnent la dyspnée. Ainsi le malade de Leroux meurt en quelques minutes dans la suffocation. Mais il avait un vaste abcès du médiastin et une péricardite, le tout suivi d'une fistuleœ so-médiastine. Le malade de Barret est cyanosé quelques jours avant la fin. Mais il avait un abcès étendu entre la trachée et l'œsophage. Le malade de Renaut avait un fistule œso-trachéale, et des bourgeons cancéreux au-dessous de la glotte. C'est de la dyspnée par obstruction où la paralysie des récurrents n'a rien à voir.

Un seul cas mentionne du cornage. C'est celui de Lépine. La dysphagie datait de cinq mois. La corde gauche était paralysée. Il y eut du cornage que, à l'auscultation du poumon, on entendait du côté droit seulement. Ce bruit me paraît d'une interprétation assez difficile. Un œdème du repli ary-épiglottique l'explique très bien dans l'œdème de la glotte ; des cordes gonflées ou altérées de même. Mais dans ce cas c'était un ganglion gros comme une noix, si-

tué à gauche, qui déprimait fortement le deuxième et troisième cerceau. De plus un autre ganglion rétrécissait la bronche gauche. M. Carville à la discussion du fait attribua le cornage à la flaccidité de la glotte ; il en avait vu un semblable dans le service d'Hérard. Mais justement dans le cas bien observé de M. Gouguenheim la glotte était flasque et non-seulement il n'y eut pas de cornage, mais pas la moindre dyspnée. D'une façon générale Fauvel attribue ce signe au rétrécissement de la glotte. Dans ce cas c'était plutôt la trachée qui était rétrécie. On trouve dans le *Journal de médecine* de Bruxelles (1881 obs. XIII) une étude sur la liaison des récurrents et spécialement sur la paralysie limitée du crico-aryténoïdien postérieur, spécialement dans l'hystérie. La dernière observation est très intéressante. Un enfant de sept ans fut pris de dyspnée progressive. Vint du cornage à l'inspiration avec crises de suffocation et cyanose. Au laryngoscope on vit les cordes paralysées. A l'autopsie on trouva une sorte de sclérose atrophique des deux récurrents au point où ils se réfléchissent et sont en contact avec les vaisseaux. Il y avait de l'atrophie, surtout des crico-aryténoïdiens postérieurs. Mais le cornage et la suffocation dans ce cas s'expliquent, à mon sens : la glotte inter-cartilagineuse n'était pas encore constituée.

Il est logique d'admettre que l'envahissement d'un récurrent amène par son excitation des centres la contracture et le spasme dans le domaine du second, peut-être même des spasmes dans le domaine des nerfs vagues. Quant à la contracture post-paralytique, on l'a admise par analogie d'abord avec ce qui se passe dans les autres muscles paralysés. La paralysie amène la prédominance et parfois un

excès d'action des antagonistes. Or au larynx se trouve un dilatateur et des constricteurs. Cette contracture musculaire a été récemment consacrée par M. Krishaber.

Ainsi je conclus : la lésion des récurrents peut causer le spasme du larynx, moins que les lésions laryngées. Chez l'adulte elle retentit peu sur la respiration. Elle se manifeste par des troubles de la phonation.

IV

FISTULES ET SUFFOCATION

Œso-vasculaires. — Œso-pleurale. — Œso-pulmonaire. Œso-médiastine. — Œso-trachéale et œso-bronchique.

FISTULES ET SUFFOCATION

Dans une remarquable étude (*Arch. gén. méd.*) Vigla étudia le premier, je crois, les fistules qui se produisent dans les maladies de l'œsophage. Il les divise en trois espèces distinctes : conduit fistuleux, poche intermédiaire, directe. Il insiste sur la fréquence de la lésion du poumon droit, spécialement du lobe inférieur. Sa raison, et je l'adopte pleinement, c'est que dans le médiastin postérieur l'œsophage proémine plus à droite qu'à gauche ; et de ce côté il répond d'abord à l'aorte thoracique. D'ordinaire, le rétrécissement est très serré. La surface interne ne présente pas l'apparence de membrane muqueuse habituelle dans la plupart des autres fistules.... elle est d'ordinaire granu-

leuse, irrégulière, fongueuse. Cette dernière opinion me paraît juste. Mais j'admets moins la suivante.

Il semble que, pour Vigla, cette complication soit légère. La survie aurait duré peu de temps dans deux cas, assez longtemps dans trois cas, quatre jours dans un, trente, quarante, quarante-cinq jours dans trois, enfin quatre mois dans deux cas. Quant aux organes, l'altération porte dix fois sur le poumon droit, deux fois sur la plèvre droite, deux fois sur la bronche droite, trois fois sur le poumon gauche, une fois sur les deux poumons. Il note une opinion que je crois exacte : la formation d'abcès soit dans le poumon, soit dans le tissu qui entoure l'œsophage, formation qui peut précéder et même causer la rupture. Enfin par induction, il devine que la fistule œso-trachéale doit être très fréquente.

Il est curieux, en effet, qu'il n'ait pas rencontré une seule de ces dernières. C'est qu'il ne s'occupait pas du cancer exclusivement. Ainsi, sur 75 cas où les détails sont suffisants, je trouve les chiffres suivants :

Pas de fistules 24 ; avec fistule 51, dont : œso-trachéale 17, œso-vasculaire 10, œso-médiastine 7, œso-pulmonaire 5, œso-bronchique 4, œso-pleurale 4. Dans quatre cas que j'appellerai fistules borgnes, le conduit se terminait plus ou moins loin sans intéresser une seconde cavité.

On voit par ce tableau combien Vigla devinait juste. Il suffit de regarder une bonne préparation anatomique pour en saisir la raison. Les rapports de l'œsophage sont si immédiats avec la trachée, la bronche gauche, plus tard l'aorte que l'on doit s'étonner non de la fréquence des perforations, mais de leur absence possible. Je trouve

24 cas où la mort est venue d'un autre côté. Or, en discutant une observation en 1859, Laborde disait avoir trouvé 18 perforations sur 21 cas.

Si les fistules œso-vasculaires sont moins nombreuses que les fistules œso-trachéales, elles sont certainement plus rapidement mortelles. Elles n'ont guère d'intérêt que pour l'emploi ou le rejet du cathétérisme.

Parmi les faits, trois me paraissent plus rares : le malade de sir Bristowe (Obs. 46) (1857) présente une lésion de l'intercostale, c'est le seul que j'aie vu et, comme cet auteur le dit, les rapports des intercostales et des cancers de l'œsophage font que l'on s'étonne de ne pas voir plus souvent cet accident fatal. Le dernier cathétérisme noté, peut-être le seul, fut fait avec une bougie le 27 janvier, le 6 février venait le vomissement, et le 8 la malade s'éteignait. Tout le tube digestif était plein de sang.

Un fait non moins curieux à mon avis est celui (Obs. 47) de Bucquoy (*Bull. soc. anat.* 1855). Après un cathétérisme, le même jour, l'hémorrhagie se déclare, dure toute la nuit, et le lendemain soir le malade mourait. Vers l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, l'aorte était appliquée directement à l'œsophage par l'orifice dilaté, mais non ulcéré d'une artère œsophagienne. De plus, est-ce coïncidence, mais dans ces deux observations, on remarqua l'aspect volumineux des glandes œsophagiennes. Dans le fait de Bucquoy, M. Robin vit l'invasion primitive des glandes, s'étendant plus tard au tissu voisin.

Parmi les autres faits je trouve cinq fois la lésion de l'aorte, une fois celle de la sous-clavière droite, une fois celle de l'artère pulmonaire droite.

Masson (*Gazette hebdomadaire*, 1853). Un homme de 61 ans mourut d'un encéphaloïde du milieu de l'œsophage. L'aorte fut envahie et se rompit.

Au point correspondant du poumon gauche se trouvaient des noyaux de gangrène.

Obs. 48. Une observation de M. Amodru (Bull. 1875) semble incriminer le cathétérisme.

Un malade cachectique est difficile à sonder. Le cathétérisme est fait le 22 avril. Le lendemain venaient des crachats sanglants, qui persistèrent le 24 avril ; il s'éteignit brusquement à 5 heures du soir.

La disposition du rétrécissement sous lequel se trouve une tumeur végétante indique la difficulté et aussi le danger de l'emploi de la sonde.

Le cas suivant est remarquable par la quantité du sang vomi et aussi par la coïncidence de la fistule œso-aortique et de la fistule œso-trachéale.

Observation XIV

Fistule trachéale et aortique

Un homme de 42 ans souffre depuis un an et demi. Le cathétérisme est pénible et sans succès.

Le lendemain le malade vomit brusquement trois litres de sang artériel. Les vomissements reviennent le soir et il meurt une heure après.

Une ulcération large comme une pièce de cinq francs siégeait sur l'œsophage au niveau de la bifurcation de la trachée. Il y avait deux fistules, l'une à la trachée, l'autre à l'aorte, celle-ci large d'un pouce et demi (*Arch. gén. méd.* 1848. XVI).

Enfin on pourra trouver quelque intérêt à l'observation suivante où la sous-clavière droite est intéressée.

Observation XV

Cancer épithélial de l'œsophage. Mort par hémorrhagie de la sous-clavière droite. Balding. *transact. of. Path. soc.* London 1877.

Le malade bien musclé avait 65 ans. La dysphagie date de six mois. Les solides ne passent plus six semaines avant la mort. La déglutition des liquides fut très difficile pendant le dernier mois.

Cinq semaines avant la mort on examina soigneusement le cou et le thorax. Rien au cou : pas d'altérations des bruits pulmonaires ou cardiaques.

On remarquera que la sonde ne fut point passée pour diminuer la dysphagie. Après l'examen le diagnostic fut : cancer de l'œsophage. Il était très émacié quand il eut une hémorrhagie. Dans un quart d'heure il rendit par la bouche trois pintes (1 lit. 600) de sang rutilant. Puis elle cessa pendant trente heures, revint et emporta le malade en quelques minutes.

Autopsie. — Le doigt introduit dans l'œsophage sentit une constriction un pouce et demi au-dessous de l'extrémité supérieure. L'extrémité du petit doigt y passait à peine.

Œsophage. — Ce canal ouvert on trouva un ulcère d'un pouce et demi d'étendue dans le sens vertical et faisant le tour. Ses bords sont irréguliers, élevés et indurés ; sa base était en grande partie couverte d'eschares superficielles. Au centre, à droite, se trouvait une ouverture où entrait la première articulation du petit doigt. Cette ouverture menait dans une cavité, du volume d'une noix, entre l'œsophage et l'artère innominée.

A l'aorte se virent des plaques d'athérôme, expliquées par l'âge. Ses branches parurent saines. Sur la sous-clavière droite, à un pouce et demi de son origine se voyait une ouverture circulaire d'un tiers de

pouce de diamètre, communiquant avec la cavité sus-mentionnée et par elle avec l'œsophage.

Pas de cancer secondaire.

A la section des bords indurés de l'ulcère, on trouva une coloration d'un blanc sale ; un tissu dur et ferme, qui au râclage donna un suc abondant.

Microscope. — Grand nombre de cellules épithéliales, plusieurs à un, deux et trois noyaux, et aussi des nucléoles. En outre, capsules lamineuses et grandes cellules en contenant de petites en grand nombre. MM. Queckett, de Morgan, Goodfellow, Sibley et Flower ont déclaré que c'était un cancer.

Enfin je ne puis donner que les titres de deux observations allemandes :

Rétrécissement carcinomateux de l'œsophage ; ulcération des ganglions bronchiques amenant la perforation de la bronche et de l'artère pulmonaire droits. Schutz.

Cancer chez un homme de 50 ans ; mort par gastro-entérorrhagie (Erosion de deux branches aortiques, Riegel).

Le plus souvent le mal éclate violemment ; quelquefois l'hémorrhagie débute par des crachats sanguinolents. Les Anglais, sir Bennet spécialement, ont la plus grande crainte du cathétérisme. On le voit dans l'observation de Balding où il dit : on remarquera que la sonde n'avait point été passée.... Sir Bennet dit, dans un autre cas, que l'hémorrhagie est souvent la conséquence du cathétérisme. Celle-ci n'apparaîtrait que quelque temps, parfois cinq ou six jours après. Mais dans un cas, à une consultation un chirurgien sondant un rétrécissement vit l'hémorrhagie se déclarer sur

le champ. Une légère rémission permit d'envoyer le malade achever de mourir chez lui.

Parmi ces quelques faits je trouve celui de Bucquoy où le vomissement survient le jour d'un cathétérisme sans grande difficulté. Il vécut le lendemain après un cathétérisme difficile et pénible dans le fait tiré des Archives; deux ou trois jours après dans celui d'Amodru, peut-être cinq ou six dans celui de Bristowe. Mais supposons que dans le cas de Balding on eût soudé le malade le matin même d'un accident spontané : l'opération en était rendue responsable d'après le vieil argument : *post hoc ergo propter hoc*. La marche de cet accident se voit dans les diverses autopsies. Des adhérences intimes s'ajoutent aux adhérences normales. En second lieu le nouveau tissu devient tumeur. A cette époque on trouve sur la tunique interne des plaques blanches que les Anglais appellent des dépôts de lymphe, nous de l'athérôme. Je n'ai pas d'examen microscopique des vaisseaux. Mais je crois que la paroi elle-même ne s'ulcère qu'après être devenue tumeur. En effet dans une observation de Brunon (*Progrès méd.*, 1880), la production faisait une saillie intra-aortique analogue à un polype aplati. Cette ulcération est d'ordinaire au centre d'une plaque indurée. Elle est très souvent irrégulièrement déchirée. Rarement la mort est instantanée, même dans les ruptures de l'aorte. Il se fait une rémission de quelques heures, ne serait-ce que par syncope, quelquefois d'un ou deux jours. Peut-être dans les cas de fistules sinueuses peut-il se former un caillot qui éloigne de quelques instants une lamentable terminaison.

D'ailleurs ces hémorrhagies n'appartiennent pas au cancer seulement. Il est des faits d'ulcères simples du pharynx où la carotide a été ouverte. D'autres fois il y a coïncidence du cancer de l'œsophage et d'un anévrysme de l'aorte. L'anévrysme simple peut simuler par ces accidents le rétrécissement cancéreux. Enfin je trouve en 1879 une ulcération simple de l'œsophage qui amena une fistule œsotrachéale. Tous les accidents rappelaient le cancer de l'œsophage. Mais, de par le microscope, sir Bennet affirme que c'est un ulcère simple. En un autre point l'ulcère simple eût aussi bien produit la fistule œso-aortique.

La quantité de sang est considérable d'ordinaire : près d'un kilogramme parfois, c'est-à-dire les 2/5 environ de la quantité totale. Cependant lorsque le vaisseau est moins important, le sang peut être dégluti en grande partie. Le mélœna n'est pas signalé ; mais bien souvent on trouve les intestins distendus par des quantités considérables de sang noir. Enfin si le sang tombe dans les bronches ou la trachée, le malade meurt à la fois d'hémorrhagie et de suffocation.

Fistules et suffocation. — A propos des laryngés je me suis déjà occupé de la dyspnée. Je crois que, si la glotte postérieure, la glotte respiratoire, est intacte, sans complication, il n'y a pas de dyspnée. Je crois avec Fauvel que les lésions des récurrents retentissent peu sur la respiration. La dyspnée vient surtout d'une obstruction : œdème des replis ary-épiglottiques, cordes cancéreuses, végétations intra-trachéales ou intra-bronchiques, tumeurs, abcès ou

ganglions envahis rétrécissant plus ou moins la voie de l'air.

Mais si des accès de suffocation viennent compliquer ces dyspnées, la suffocation se rattache surtout à deux sortes de lésions : les lésions thoraciques et les fistules œso-trachéo-bronchiques.

Vigla ne connaissait pas ces dernières : c'est pour cela qu'il admet une sorte de tolérance de l'organisme pour ces accidents.

En effet par exemple une fistule s'arrête au feuillet pariétal (obs. de Benson) ailleurs des fausses membranes la limitent, soit à la plèvre, soit au médiastin ; dans ces cas il y a peu ou pas de symptômes. Parfois (Proust) c'est la paroi indurée d'une caverne qui limite l'ulcération œsophagienne.

Mais d'autres fois la plèvre est ouverte. Vigla en rapporte une fort belle observation : il y eut vingt jours de survie.

Observation XVI.

Carrier 1831.

Un matin la sonde éprouve plus de résistance : des efforts de toux et de vomissements chassent une grande quantité de sanie infecte, avec des débris de substance charnue. Vient du mieux. Puis un jour en mangeant sa soupe survient une toux violente, avec expectoration abondante, Il est menacé de suffocation dès qu'il avale une goutte d'eau. C'est que ces liquides entraient dans la poitrine.

On introduit la sonde : de l'air en sort pendant une toux suffocante.

Le lendemain nouvelle sonde très-mince : on injecte un demi verre de boisson : le malade tombe aussitôt comme foudroyé : les poumons ne se débarrassèrent qu'avec peine. Survie de vingt jours.

L'œsophage détruit dans l'étendue de 6 cm. à 1 pouce du diaphragme flotte dans un foyer qui à droite a ulcéré le poumon droit.

Ce fait d'un malade tombant comme foudroyé à l'injection d'un verre de liquide dans la plèvre nous montre le peu de tolérance pour une compression brusque.

(Obs. 51) Dans un cas de Bouveret trois semaines après le dernier cathétérisme vient un point de côté, de la dyspnée, des suffocations : les extrémités se cyanosent : mort en six jours. On trouve une fistule œso-pleurale droite, des liquides alimentaires épanchés, de la péricardite et enfin une fistule œso-pleuro-pulmonaire. Il n'y avait pas eu de communication de la caverne avec les bronches : d'où pas de crachats spéciaux.

(Obs. 52) Un fait de Gandais est très analogue. L'épanchement se fit dans la plèvre gauche. La survie fut de quatre jours. Les cas de fistules œso-médiastines ne sont pas très rares. Il y a quelques années à la Société anatomique M. Brouardel citait un cas où l'on avait injecté des boissons en plein médiastin. Il en était résulté la mort, bien entendu, et une très belle préparation des nerfs.

(Obs. 54) Comte (accidents du cathétérisme) donne une observation où un abcès gangréneux situé à droite de la thyroïde communiquait en haut avec l'œsophage, en bas avec le médiastin. Le cathétérisme pouvait être incriminé. La survie fut de dix jours au plus.

(Obs. 38) Dans le cas de M. Raynaud, on fit de la dilatation progressive. Un jour le cathétérisme est très douloureux, vient de la fièvre et de la toux. La dyspnée s'accroît et, vingt jours après, un accès de suffocation emportait le malade. Une fistule passant à gauche de la trachée s'ouvrait dans le médiastin antérieur suppuré.

(Obs. 10) Dans le cas de Salneuve il y a fistule œso-

médiastine mais aussi œso-bronchique ; il est difficile de faire la part des deux causes dans les accidents.

Les lésions de la plèvre et du médiastin offrent une certaine analogie. A un moment éclate un violent point de côté, à droite ou à gauche selon la plèvre lésée ; en même temps surviennent des frissons, la fièvre s'allume. Mais le phénomène le plus notable c'est la dyspnée qui peut aller jusqu'à l'orthopnée. Le pouls devient fréquent, petit, parfois irrégulier. Viennent des suffocations, surtout nocturnes. La face, spécialement le bout du nez, les pommettes, les oreilles se cyanosent ainsi que le bout des doigts et l'asphyxie ou une crise suprême vient terminer cette triste scène.

Il ne faut pas trop compter ici sur la percussion et l'auscultation. L'observation de Comte signale de la faiblesse respiratoire à la base du poumon gauche, puis quatre jours après quelques râles muqueux et sibilants. Le médiastin postérieur était plein de pus et il y avait une notable pleurésie gauche.

Dans le fait de Gandais le diagnostic ne s'affirme que le troisième.

Cependant, dans le fait de Bouveret la matité de la plèvre fut notée dès les premiers jours.

Un mal si grand peut encore se compliquer. Le vin, le bouillon, le lait aigris ne sont pas des corps étrangers inoffensifs. Ainsi parfois le poumon s'ulcère au contact, ailleurs des cavernes pulmonaires gangréneuses viennent s'ouvrir dans la plèvre ; de plus l'ulcération pulmonaire peut aboutir à une bronche assez importante pour que le malade

comme dans le cas de Vigla, puisse débarrasser sa plèvre par cette voie.

Une complication bien sérieuse et bien naturelle des abcès du médiastin est la péricardite.

Les fistules pulmonaires se rapprochent ici des autres formes. D'ordinaire elles amènent de la gangrène et le diagnostic se fait par les crachats et les vomissements fétides. La cyanose est très marquée dans ces faits ainsi que la prostration qui est profonde. Rarement on observe du délire. On sait que dans ces cas c'est la base du poumon gauche qu'il faut soupçonner : si on y voit se produire en quelques jours du gargouillement, même n'y eût-il pas de crachats, on a bien des chances de trouver un foyer en ce point.

En somme s'il est difficile d'admettre avec Vigla des survies de trois mois, d'un mois et demi, d'un mois, il semble que la fistule œso-pleurale, œso-médiastine, œso-pulmonaire peuvent n'amener la mort qu'au bout de cinq à quinze jours. Cependant (cas de Chalybœus) l'ouverture d'une fistule dans une caverne peut être subitement mortelle.

Le diagnostic différentiel me paraît difficile. L'oppression très prononcée, les irrégularités du pouls, sans matité bien prononcée des bases, appartiennent plutôt aux fistules œso-médiastines et à leur conséquence la péricardite.

On sait par Guislain le rapport de la cyanose avec la gangrène du poumon. De plus dans la gangrène l'ascension thermique est plus prononcée que dans l'épanchement pleural. Mais en réalité il n'y a guère que deux signes certains: les signes cavitaires associés à la fétidité. Encore manquent-ils assez souvent.

Enfin en terminant je dois mentionner la possibilité, non la fréquence, d'abcès pulmonaires péri-œsophagiens.

Ainsi des fistules se trouvent préparées.

Il me reste à m'occuper des fistules œso-trachéales et œso-bronchiques.

Si par inadvertance, par suite d'une angine ou pour toute autre cause, un corps étranger pénètre dans la trachée il en résulte deux choses : dyspnée et quintes violentes jusqu'à expulsion de l'intrus. C'est le fait de la sensibilité du pneumogastrique. D'où le nom du laryngé supérieur : la sentinelle du larynx.

Eh bien la fistule de l'œsophage vers la trachée ou les bronches se manifeste nettement par ces symptômes : dyspnée, quinte de toux, suffocation, survenant brusquement. Les causes en sont variables. Ce sont : l'ulcération directe, l'ulcération d'un ganglion intermédiaire, la production d'abcès entre les deux conduits.

Son volume varie, d'un millimètre, à toute la longueur de la trachée. Sa forme est souvent irrégulière, comme l'ulcération qui l'engendre. Elle siège au centre d'une plaque indurée, ou bien est entourée de végétations. Ici elle est à peu près circulaire, là c'est une ou plusieurs fentes longitudinales, de plusieurs centimètres de long. Dans un seul cas (gastrotomie de Roze) son canal est formé par un tissu cicatriciel régulier. Dans un cas, Barret, c'est un foyer purulent où baignent les deux premiers cerceaux nécrosés.

Si elle est située sous le cricoïde, et ces cas sont peut-être un peu plus nombreux, elle peut s'accompagner de la nécrose de ce cartilage, parfois de celle du thyroïde. Ainsi

peuvent être occasionnés des œdèmes du larynx à grave pronostic.

On la trouve aussi dans les divers points, à la bifurcation, puis sur les bronches, plus souvent sur la bronche gauche. Trois fois la trachée et la bronche gauche sont ouvertes ensemble. Une fois la fistule œso-trachéale se prolonge dans les deux bronches, un peu plus dans la droite.

Si le rétrécissement coexiste souvent, il peut manquer. Dans un cas le malade mourut de suffocation : mais la déglutition avait été assez libre jusqu'à la fin. La lésion était limitée à la paroi antérieure (Laborde). Assez souvent elle siége non au-dessus, mais au-dessous du rétrécissement, cas de Courvoisier, Salneuve, et dans ces cas il est moins logique d'invoquer comme cause accidentelle l'emploi du cathéter, si facilement incriminé surtout s'il existe un ou plusieurs diverticulums.

Les abcès péri-œsophagiens me paraissent se rencontrer plus souvent dans la fistule œso-trachéale que dans la fistule œso-pulmonaire (obs. 56). Ainsi dans le cas de Hay c'était un vaste abcès du sommet du poumon droit où passaient l'œsophage et la trachée.

Dans le cas de Barret l'abcès siégeait derrière deux cerceaux de la trachée. L'abcès se forme, une ou plusieurs fistules s'ouvrent dans l'œsophage, puis la trachée ou la bronche se déchirent ou s'ulcèrent : le trajet est constitué. Dans les observations je note à l'ouverture de ces abcès le rejet par l'œsophage ou l'expulsion violente par le larynx de quantités variables de pus. L'ouverture dans la trachée s'accompagne de suffocation et peut amener la mort.

Il suffit d'une fistule bien petite, pour causer de bien

graves accidents. Ainsi le malade d'Haberson et Cooper Forster refusa de rien prendre pendant quatre jours parce que, à la moindre goutte de liquide, survenaient des quintes de toux, l'angoisse et la suffocation. On ne trouva qu'une fistulette, d'environ 4 mm. de long, située sous le cricoïde.

Une fistule située au-dessus du rétrécissement doit rendre la suffocation plus inévitable.

Les fistules ont un ensemble de symptômes assez uniforme. Prenons un exemple.

Observation XVII

Green. *Arch. gén. méd.* 1849.

Une dame de 56 ans a de la dysphagie depuis plusieurs années. La voix est éteinte. Il y a de l'irritation bronchique.

Tout à coup éclate une toux violente avec dyspnée et sensation de brûlure derrière le haut du sternum. La mort survient brusquement quelques jours après.

A partir du cricoïde jusqu'au-dessous de la bifurcation se voyait une ulcération de la partie antérieure de l'œsophage ayant aussi détruit la paroi postérieure de la trachée et de la bronche gauche. La pénétration des substances alimentaires dans la bronche gauche avait amené la suffocation si rapide. Plusieurs anneaux de la trachée et des bronches étaient cariés. Les lèvres de la glotte, l'épiglotte étaient fortement œdémateux. Du côté gauche, nécrose du thyroïde et du cricoïde.

On peut dire que, dans ce cas, les lésions du larynx ont pu contribuer à l'asphyxie.

Voici un exemple où la terminaison est encore plus rapide.

Observation XVIII

Un homme de 72 ans vient à Bicêtre. Il se plaint de mal de gorge et de gêne pour avaler. Cependant les aliments passaient bien. Il y avait de la toux et quelquefois des accès de dyspnée. Bronchite et emphysème.

Après trois semaines, un matin à la visite, on le trouve cyanosé et asphyxiant. On songe alors à un obstacle des voix respiratoires ou voisin : le malade portait obstinément la main à la partie médiane et antérieure du cou. On y entendait une espèce de gargouillement. Mort.

Un encéphaloïde de la paroi antérieure de l'œsophage, vers la fin du tiers supérieur, avait détrui la paroi postérieure de la trachée: d'où large communication. Jamais il n'y eut de régurgitation, car l'œsophage était perméable (Laborde. *Soc. Biologie* 1859).

Parfois l'intervention chirurgicale vient accroître le mal. Témoin le fait suivant.

Observation XIX (Boulard. *Bull. soc. anat.* 1849).

Une femme ne peut avaler sans être suffoquée et rendre immédiatement des crachats sanguinolents. On ne pouvait introduire la sonde : mort.

Les aliments et la sonde pénétraient dans la trachée par une fistule : la suffocation lors du cathétérisme s'expliquait.

Dans le cas de Piorry on voit un autre genre d'intervention.

Observation XX

Un homme de quarante-huit ans ne peut un jour avaler un mor-

ceau de viande. Pas de toux. Matité du poumon droit : ulcération laryngée (Piorry) au diagnostic ; cautérisation, iodure de pot.

Délire, convulsion et mort.

Rétrécissement au-dessous de la bifurcation des bronches. Dilatation au-dessus. Perforation de deux centimètres à la face antérieure, allant dans la bronche gauche.

En haut de la dilatation, cinq centimètres au-dessus de la première, nouvelle fistule circulaire, de deux centimètres, œso-trachéale.

Trois tubercules du poumon droit.

En somme le plus souvent voici comme les choses se passent. Le patient est habitué à déglutir péniblement. Or, un jour pendant qu'il s'applique attentivement à ce travail, il est pris tout à coup d'une violente quinte suivie bientôt de suffocation. Le premier accès peut être le dernier. Dans un cas ces accidents éclatèrent pendant un cathétérisme et depuis le malade refusa opiniâtrement la sonde. Évidemment la douleur est très grande. Le premier orage calmé le malade fait de nouveaux et prudents essais pour avaler au moins quelque liquide. Mais, comme le disait une femme, la moindre goutte ne saurait passer. Ces suffocations sont si pénibles que souvent le malade se condamne à ne plus rien prendre. Eh bien même alors ses tourments ne sont pas toujours finis. Des quintes de toux reviennent, en apparence sans motif. Mais on sait combien la salivation est abondante et c'est elle qui alors se met à obstruer la trachée.

Maintenant, comment se produit la suffocation ? Dans le cas de Green les bronches sont obstruées par les aliments. L'air ne saurait passer : asphyxie. Ailleurs, par exemple dans le cas de Salneuve, de fines parcelles alimentaires pé-

nètrent dans les bronchioles et il s'en suit une hépatisation plus ou moins étendue, conformément à la théorie de Traube.

Mais je crois que fréquemment il s'y joint un troisième facteur : le spasme de la glotte. Que les aryténoïdes ou le cricoïde soient cariés, il y aura de l'œdème sus-glottique. Dans l'œsophagotomie de Watson les deux aryténoïdes appuyant l'un sur l'autre obstruaient la glotte respiratoire. Dans ces cas le spasme des constricteurs serait promptement mortel.

Cet ensemble de causes amène une marche rapide. Le malade de Laborde expire très rapidement, sa main indiquant le siège de l'obstacle. Le malade de M. Lannelongue, après une gastrotomie, allait assez bien quand le vingt-sixième jour il mourut asphyxié par une perforation œso-bronchique.

Le malade de Piorry après ses cautérisations fut pris de toux, de délire, de convulsion : puis vint la mort. Dans le cas de Kebbel les fistules étaient petites, le malade survécut environ cinq jours. Celui de Barret mit une semaine à asphyxier. La face était bleuâtre ; à la fin le nez et les lèvres étaient livides. Il y avait de l'agitation, de l'orthopnée avec des accès de suffocation. La toux incessante empêchait le sommeil. La peau était sèche et brûlante. Dans sa trachée se produisait un gargouillement qu'expliqua plus tard un abcès derrière la trachée. Il mourut brusquement dans un effort de vomissement. En général la mort surprend le malade et aussi le médecin.

Ajoutons à cela que bien souvent la fistule trachéale se rencontre en même temps que des abcès du médiastin, de

la gangrène pulmonaire, des foyers d'hépatisation, des épanchements, etc.

V

INTERVENTION CHIRURGICALE

Trachéotomie. Gastrotomie. Œsophagotomie. Cathétérisme.

INTERVENTION

Soigner un cancéreux de l'œsophage c'est le voir un jour suffoquer rapidement, ou le voir lentement mourir de faim. Aussi le raisonnement répond-il : ouvrez une voie au passage de l'air, ouvrez une voie au passage des aliments.

On trouve dans l'histoire du cancer pas mal de trachéotomies. Dans le fait de Watson l'œsophagotomie avait amené du mieux depuis deux mois. Les accès de suffocation suivent la production d'une fistule œso-bronchique, et malgré la trachéotomie, le malade meurt quelques jours après.

(Obs. 38) Lancereaux (1861). Le 1er mai un homme est pris de suffocation, les lèvres deviennent violacées ; l'expiration se fait en deux temps. Le pouls est fréquent et petit. On fait la trachéotomie le 4 ; la mort arrivait le 7.

Une tumeur épithéliale de 5 cm. fait dans la trachée, au niveau des quatrième et cinquième cerceaux la saillie d'une grosse noisette. Elle était encore recouverte par la muqueuse.

Un fait d'Hérard est très analogue (thèse de Gindre), sauf que la trachéotomie ne fut pas faite.

Observation XXI

Bull. Soc. anat. 1856. Hérard.

Une femme de 59 ans se plaint de dysphagie depuis huit mois. Puis la dyspnée s'accroît, nocturne, portant surtout sur l'inspiration. La voix est conservée ; la faim très vive. Après un mois de cet état viennent des accès nocturnes de suffocation, tous les deux ou trois jours, durant plusieurs heures. L'inspiration longue, sifflante, s'entend de loin. Les veines du cou sont turgides, les lèvres bleuâtres, le visage pâle. La mort survient dans un accès.

On trouve un rétrécissement squirrheux de l'œsophage. La paroi postérieure de la trachée est repoussée en avant ; d'où aplatissement du premier cerceau jusqu'au huitième. Une sonde de femme ne passait qu'en frottant. La muqueuse trachéale présentait quelques ulcérations.

Dans l'observation d'Haberson et Cooper Forster (Gastrotomie) la suffocation venait d'une fistule œso-trachéale sous le cricoïde. Le 2 mars, la respiration s'embarrasse.

On fit la trachéotomie la nuit, le plus bas possible. La trachée était aplatie d'arrière en avant et la canule ne put être tolérée. On pensait donc qu'il serait impossible au malade de respirer. Cependant il n'en mourut pas. Le 24 mars il ne peut rien avaler : chaque essai de déglutition amène une violente quinte de toux. Gastrotomie.

Enfin je crois devoir rapporter deux observations : celle de Ziembiecki et celle de Marcano. La première établit une contre-indication bien difficile à prévoir : la déviation et l'aplatissement de la trachée. C'est une mort sous le couteau. La seconde signale des lésions curieuses.

La tumeur prétrachéale formée aux dépens de la glande thyroïde fut péniblement disséquée. Les cerceaux très durs et presque ossifiés furent difficiles à inciser (56 ans). La respiration redevint facile. Mais la mort arrivait peu à peu trois jours après.

Observation XXII

Ganglion obstruant la trachée. — Trachéotomie et mort brusque.
(Ziembiecki, mars 1875. *Bull. soc. anat.*).

D..., chaudronnier, âgé de 42 ans, s'est très bien porté jusqu'à l'automne 1874. Alors toux nocturne très rebelle avec un peu de dysphagie. Peu à peu la respiration s'entrave. Toux incessante. Ganglions du côté gauche du cou tuméfiés et bosselés. Douleur lancinante dans l'épaule gauche.

Il entre le 27 février 1875 ne pouvant ni manger, ni respirer. L'examen cause la suffocation et la respiration est toujours bruyante avec cornage. La plus fine olive ne passe pas. Il y a surtout déviation : car les liquides passent aisément. Ni vomissements, ni régurgitation.

La tumeur initiale est ganglionnaire, immobile, occupant la région sus-claviculaire gauche et les deux régions sterno-mastoïdiennes.

3 *mars*. — Trachéotomie. La trachée est ouverte : on n'entend pas le bruit caractéristique du passage de l'air. Le dilatateur est introduit : le malade meurt asphyxié.

On introduit facilement une longue canule. On fait l'aspiration directe des mucosités qui sans doute obstruent la trachée : rien.

Un doigt dans la trachée sent qu'elle est obstruée par une tumeur.

Autopsie. — Un ulcère cancéreux occupe la partie moyenne de l'œsophage. Les ganglions dévient l'œsophage et la trachée. Celle-ci se présentait au bistouri par sa face latérale droite, devenue antérieure. Un prolongement de la masse ganglionnaire pénètre dans le conduit aérien et, placé de champ, en obstruait d'avant en arrière la portion droite sur une longueur de 5 centimètres à partir du cricoïde.

L'incision tomba sur cette masse : en plaçant la canule on avait refoulé la masse vers la partie gauche, perméable encore.

1 millimètre plus à gauche, on aurait peut-être sauvé le malade.

Observation XXIII

Épithélioma de l'œsophage, de la trachée et du corps thyroïde.
(Marcano, *Bull. soc. anat.*, 1873).

Chopart, J.-B., 56 ans, entré le 6 mai (service Demarquay) pour une gêne de la déglutition et de la respiration. L'invasion daterait de peu, et eût été subite. A l'entrée la respiration est sifflante ; la voix est presque éteinte : rien au laryncoscope. On sent sur les côtés du cou, surtout à droite une tumeur dure, peu mobile, passant au-devant de la trachée au niveau du premier anneau.

Cachexie. Pas de fièvre.

Puis la suffocation croît et nécessite la trachéotomie le 5 juin.

Celle-ci fut laborieuse. La tumeur prétrachéale formée aux dépens de la glande thyroïde fut péniblement disséquée. Les cerceaux très durs et presque ossifiés furent difficiles à inciser. La respiration redevint facile.

Affaiblissement. Mort le 8.

La plaie commençait à suppurer. Entre ses lèvres se trouvait un magma noirâtre, se confondant sur les côtés avec la tumeur. Les lobes du corps thyroïde sont énormes ; le droit gagne l'œsophage. Son extrémité postérieure ramollie, fait partie d'un foyer, fétide, rempli d'une bouillie pultacée, plus considérable à mesure qu'on approche de la colonne vertébrale. Là, de fortes adhérences fixent l'œsophage. Celles-ci rompues, se voit une cavité due à la destruction de toute la paroi postérieure de l'œsophage, cavité limitée par les adhérences.

La paroi antérieure est détruite : fistule œso-trachéale par où cependant n'ont pas passé d'aliments.

Les ganglions bronchiques sont volumineux et dégénérés.

Tumeur. Corps thyroïde : à l'œil : alvéoles, à parois résistantes avec contenu gélatiniforme.

Microscope. État frais :

1° Stroma du corps thyroïde rempli de cellules.

2° Grandes cellules plates.

3° Amas irréguliers de cellules aplaties, irrégulières, adhérentes à gros noyaux (cellules épithéliales).

A la coupe. Épaississement des trames fibreuses interalvéolaires. Alvéoles sains.

Dans ces trames épaisses on voit des ilots d'éléments cellulaires, irréguliers (Éléments épithéliaux) parfois en forme de tube.

(Épithélioma tubulé, développé dans les voies lymphatiques du corps thyroïde).

On voit qu'en prenant le couteau on doit un peu s'attendre à tout, même à la mort subite. Dans un autre cas l'ouverture prétrachéale répondait à un abcès fistuleux, si bien que pus et aliments tombaient dans la trachée et ressortaient par la plaie.

Dans le cas d'Haberson la cicatrisation ne se faisait pas. Je n'ai pas assez de faits pour dire si cela dépend de l'envahissement de la plaie ou de l'état général.

En somme très souvent, soit par des végétations, soit par des ganglions, soit par des abcès, il existe un rétrécissement de la trachée. Pour réussir au moins momentanément il faut ouvrir au-dessous. Autant la trachéotomie sera bonne dans les lésions glottiques, autant elle sera nulle dans les obstructions de la base du cou.

Gastrotomie. — En cherchant des observations pour ma thèse je fus frappé de la richesse des recueils anglais. Un jour je trouvai dix gastrotomies d'un coup à la suite de l'observation de Jacobi. Bientôt j'avais 22 faits à propos de cancer. C'était la joie du chercheur devant un filon inexploré.

Voilà qu'un de mes amis me cite le travail de M. Petit. Je fus triste, je l'avoue, de le trouver si complet, si fouillé. De mes observations une seule, de Roze, a échappé à ce chercheur. Où j'espérai du nouveau, je tombe dans les redites. Cependant je crois devoir présenter une courte étude de cette opération. Celui qui voudra se rendre un compte plus détaillé ne pourra mieux s'adresser qu'au livre de M. Petit (De la gastrotomie, 1879).

Le promoteur de cette opération fut un chirurgien norwégien, Egelbert (1837). Il passa inaperçu. Sédillot la fit le premier (1849), la répéta deux ou trois ans après, puis semble avoir été découragé par son peu de succès. Le nom du chirurgien et la qualité de l'opération forcèrent l'attention. Les uns furent pour, beaucoup furent contre, d'autres s'abstinrent. De fait en France on n'osa pas tant risquer. Les Anglais ne furent pas si réservés : Cooper Fortter en fit deux. Sydney Jones en fit trois. D'autres eurent assez de la première.

Le beau succès du professeur Verneuil, le cas si retentissant de M. Labbé ouvrirent une nouvelle phase. Les Anglais et les Américains sont encore les plus nombreux. En France le professeur Lannelongue de Bordeaux eut un succès opératoire. Schœnborn obtint trois mois de survie et Studsgaart de Copenhague obtint six mois. En cinq ans on a plus fait de gastrotomies qu'on en avait fait pendant 25 ans.

Le manuel présente des variations. Sédillot à sa première (1849) fit une incision cruciale à gauche, au-dessous de l'appendice xyphoïde ; on écarta l'épiploon. L'estomac fut attiré, ouvert. Une canule à double plaque y fut intro-

duite et fixée à la paroi. Dans cette canule passait une sonde de gomme élastique.

Les Anglais ont une préférence marquée. Presque tous et encore sir Langton (1879) incisent sur le bord du muscle droit, sur la ligne semi-lunaire. Tous se vantent d'avoir ainsi évité des lésions musclaires.

Dans le premier cas de Sédillot, l'estomac tira d'abord fortement, puis finit par s'échapper. Le chirurgien imagina la seconde fois de le suturer à la paroi abdominale et de le fixer par la pince d'Assalini. Depuis la suture fut employée. L'invagination de la peau, les ulcérations ou déchirures des parties par les sutures firent songer à embrocher l'estomac.

J'arrive au procédé de MM. Labbé et Verneuil. Je le résume aussi succinctement que possible :

1° Emploi tout le temps de la méthode antiseptique.

2° Plaie. Elle sera petite : à deux centimètres des fausses côtes, incision parallèle au rebord, de 4 cm. dont l'extrémité inférieure doit tomber sur la ligne des cartilages des neuvièmes côtes.

3° Hémostase absolue et progressive.

4° Suture solide et définitive de l'estomac avant de l'ouvrir. Broches fixatives.

5° Sonde de caoutchouc rouge : la fixer.

6° Alimentation immédiate.

7° Immobiliser la paroi par une couche épaisse de collodion.

Pansement antiseptique. — L'ouverture de l'estomac doit être à bonne distance du pylore et du cardia, points fixes qui tireraient ; pas trop en bas pour éviter l'écoulement des liquides.

M. Lannelongue par ce procédé tomba sur le côlon. Son estomac étant congestionné saigna lors de l'incision. Or les pinces hémostatiques amenèrent des points sphacélés. La fistule devint trop large. Enfin il est une modification que je retrouve deux fois. On fit l'opération en deux temps et l'estomac ne fut incisé que deux ou trois jours après (Langton et Riesel). La plaie stomacale doit être assez petite (1 cent. 5). Les points de sphacèle possibles risquent toujours de l'augmenter.

A l'autopsie d'un cancéreux de l'œsophage, vous trouvez l'estomac sain ; l'intestin est dans le même état. Ils ne demandaient qu'à digérer et à absorber. Vous concluez : il fallait ouvrir l'estomac. L'étude vous apprend que les chiens sont très tolérants. Vous connaissez l'histoire du canadien ou celle que rapporte Follin. Il me reste à discuter la conclusion : faut-il faire la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage ?

Voici les résultats des 31 faits du mémoire de M. Petit, mort en 24 heures 6, en 36, 48, 60 : 11 ; total 17/31 dans les 60 heures. 3 ont survécu 3, 4, 5 jours ; 2, 6 jours; 1, 8; 2, 10 ; 1, 12 ; 1, 14 ; 27 malades sur 31 sont morts en 14 jours. Le malade de M. Lannelongue vécut 26 jours, celui de Sydney Jones (le troisième) 40 jours celui de Schœnborn 3 mois, celui de Stüdsgaart 6 mois. Le dernier cas est un vrai succès. Celui de Schœnborn me semble contestable : son malade pouvait avaler et je suis tenté de croire qu'il eût vécu ses trois mois sans sa fistule. Les Anglais aiment à se couvrir de la consultation de confrères. C'est un rétrécissement, peut-être cancéreux, disent-ils, comme pour s'enhardir à opérer. Il ne reste qu'une

ressource et au moins vous éviterez au patient les tortures de la faim et de la soif. Cela n'est point vrai toujours. Ainsi les malades de Schœnborn et de Langenbeck ne sentaient pas leur soif s'éteindre après l'injection de liquides. Celui de Schœnborn disait : vous me rassasiez mon estomac ; mais en haut j'ai faim ; et en conséquence il mangeait bravement ce qui lui tombait sous la main.

Voici quelles seraient les indications. Si l'homme est encore valide, que le cancer siège au-dessous du tiers supérieur, opérez. La première condition est discutée par Schœnborn et c'est l'avis de Bilroth. Il y a chance de réussir l'opération si le malade n'est pas épuisé. Évidemment. Mais réussit-on à prolonger ses jours ? Bilroth fait remarquer le repos consécutif de l'œsophage, la suspension d'excitation constante. Pour lui s'en suit une évolution moins rapide du mal.

Dans l'étude des causes de la mort M. Petit s'attache à innocenter la gastrotomie. Le malade de Fenger était vieux, alcoolique, tuberculeux. Celui de Cooper avait une forte bronchite, celui de Sydney-Jones avait une pneumonie double et c'était, dit Jackson, lui donner le coup de grâce que d'opérer, etc. Le malade de Lowe eut un caillot cardiaque, ceux de Jouon, de Smilh, de Clarke eurent de la péritonite, la malade de Jacobi avait une disposition à l'érysipèle, etc. Il faut opérer avant qu'il y ait infection de l'organisme. Abstenez-vous dans les lésions viscérales. Un gros foie est une contre indication. Les diathèses, spécialement la tuberculeuse, évoluent rapidement à l'excitation du traumatisme. De vieilles adhérences péritonéales causèrent la péritonite.

Voilà une opération qui n'a pas trop d'indications, mais par contre, bien des contre-indications. Chez les trois quarts des cancéreux vous trouverez sinon l'alcoolisme au moins des excès fréquents d'alcool.

Comment bien déterminer si le foie est gras, s'il est congestionné ? Même par les lésions thoraciques je crois impossible de pouvoir se rendre un compte parfait. L'athérôme, l'arc sénile chez les vieillards sont plus que fréquents. Comment savoir nettement si le cœur est ou n'est pas graisseux ? Assez souvent on trouve de vieux tubercules que rien ne décélait. Si la bronchite et l'emphysème contreindiquent, on en trouve bien souvent. D'ailleurs les lésions pulmonaires évoluent bien souvent à la sourdine.

C'est que la gastrotomie est une grave opération. Elle est bonne dans un rétrécissement accidentel. Mais chez un cancéreux prostré, où la peau, les muscles, le sang, tout est malade, son violent traumatisme ruine un édifice fortement ébranlé. Et l'abdomen est encore une région susceptible. M. Le Dentu appelle péritonisme dépressif l'état misérable des malades qui meurent de l'abdomen. C'est l'épuisement nerveux par excitation du plexus solaire : c'est un peu l'inconnu, mais c'est quelque chose.

Ce n'est pas toujours une opération facile. J'estime l'incision chose très importante. Or les Anglais en suivant la ligne demi-lunaire semblent avoir pour règle de faire une plaie de trois pouces, c'est-à-dire 7 cm. 5 ; quelquefois ils ont été jusqu'à 8 et 9 cm. Le meilleur spray ne peut faire qu'il soit indifférent d'agir ainsi ou de suivre la méthode de M. Verneuil. Presque tous tombent sur le foie. Alors vient la recherche parfois pénible de l'estomac. Dans le cas

de Riesel (incision de Verneuil), le foie se présenta. On suivit sa face inférieure. Tumeur du petit épiploon. Plus bas contre la colonne vertébrale on reconnaît l'estomac à son épaisseur, à ses veines. On l'attira non sans peine. Dans le cas de Trendelenburg la portion d'intestin qui se présente est si mince, si ténue qu'on se demande si c'est le côlon ou l'estomac. L'épiploon fut tiré. Il adhérait au bord inférieur de ladite portion.

Il est des malformations gênantes. Ainsi dans le cas de M. Le Dentu l'estomac était vertical. Dans une autopsie on trouva l'estomac bilobé, grâce à une sorte de bride médiane.

S'il était d'ordinaire possible le procédé de Schœnborn serait excellent. Il introduisit une sonde munie à son extrémité d'une ampoule de baudruche. Celle-ci insufflée dilata l'estomac qui se présenta de lui-même. On a aussi fait prendre au malade des mélanges gazogènes. Mais le succès n'en est pas constant.

Reconnaître l'estomac n'est donc pas facile. M. Petit ne cite pas le fait de Maunder (*Méd. Times and gaz.* 1876), parce que c'est une côlotomie. Et moi je le cite au contraire comme une côlotomie des plus instructives.

Observation XXIV

Maunder (*Méd. Times and Gazette*, 1876, II)

Dans un cas de cancer de l'œsophage, on décide la gastrotomie. On s'assure qu'il n'y a pas de transposition d'organes. Une incision verticale de 7 cm. longe le grand droit. Le péritoine est ouvert. L'opérateur après avoir cherché quelque temps se décide à ouvrir un viscère creux et distendu par les gaz qui pouvait être le côlon transverse ou

l'estomac. Mort après 30 heures. Péritonite aiguë. Estomac petit, ratatiné, très profond. Le côlon transverse était ouvert près de son extrémité gauche.

Et on ajoute (croyez-en ce que vous voudrez) dans le cas, il importait peu d'ouvrir le côlon ou l'estomac puisque l'injection alimentaire eût aussi bien calmé la faim et la soif.

Il en est un autre fait à peu près identique d'un chirurgien anglais. L'hémorrhagie n'est pas inquiétante d'ordinaire. L'amadou, la suture au catgut en auront raison.

M. Lannelongue insiste sur le point où doit s'établir la fistule. En suivant les observations, on voit surtout au début qu'au moindre effort, dans la simple dépression inspiratoire du diaphragme les liquides ressortent par la fistule. Ils risquent ainsi de pénétrer dans le péritoine. Donc que la fistule soit au milieu de la paroi antérieure.

Les adhérences se produisent d'ordinaire assez rapidement. Quelquefois elles manquent par places. Au onzième jour, d'un côté, l'estomac n'était accolé à la paroi que par les sutures : il n'y avait pas eu de lymphe plastique (Langton 1879). Cependant, malgré leur rapide production, il me semblerait bon de remettre l'incision à quelques jours, peut-être y aurait-il moins de risque. Car les sutures les mieux faites, à 5 ou 6 mm. l'une de l'autre, adaptant bien les séreuses, avec bouton de chemise et tourillons, ne me semblent pas aussi sûres que les adhérences.

Le chloroforme est généralement employé. Son défaut c'est d'amener au réveil des efforts de vomissements. Vient la question des aliments. Les uns en injectent de suite : c'est comme un dernier temps. D'autres attendent deux, quatre, cinq jours. Si les surfaces sont très bien affrontées

cela importe peu. Mais on remarque que ces injections prématurées sont presque toujours rejetées. L'estomac est rétracté, habitué à ne rien recevoir. Ajoutez à cela des spasmes des muscles de l'abdomen, la toux, les efforts de vomissements. De plus, le repos de l'organe n'est-il pas une indication absolue dans toute plaie et surtout dans des plaies aussi graves? Roze dans une de ces observations eut l'excellente idée de *sonder* le pylore et d'injecter les aliments dans le duodénum. Je ne sais s'il y a difficulté ou danger. Dans le cas les aliments ne ressortirent pas.

M. Petit insiste avec raison sur la différence de la déglutition se faisant bol par bol et l'injection brutale de cent à deux cents grammes d'aliments liquides. Le malade de Langenbeck mâchait des aliments bouchée par bouchée puis se les injectait. Il serait donc bon de procéder d'une façon analogue et d'injecter par petites quantités.

En résumé la gastrotomie est une bonne opération, pour les rétrécissements simples, non pour les cancéreux.

Les insuccès viennent de l'état des patients ; des complications si fréquentes ; de la péritonite traumatique, etc.

Les cas où elle est indiquée sont plus que rares. Schœnborn et Bilroth la proposent au début, avant l'épuisement, dès que la nutrition est sérieusement menacée. Je crois qu'un malade encore valide la refuserait et qu'il aurait raison.

Œsophagotomie externe. — Dans tous les cas où le mal ne siège pas au bas du cou je préfère l'œsophagotomie. Par exemple elle me semble indiquée dans la gastrotomie de Studsgaart.

Bell (thèse de Terrier) parlait ainsi : outre les causes d'obstruction dont nous venons de parler, il se forme souvent dans l'œsophage des resserrements et des tumeurs qui interceptent toute communication entre la bouche et l'estomac. L'on pourrait, lorsque ces obstacles se rencontrent à la partie supérieure de l'œsophage, y faire une ouverture pour donner passage aux aliments ; mais ce moyen ne procurerait guère qu'un avantage passager, parce que les maladies de ce genre ont jusqu'ici résisté à tous les remèdes.

Stoffel cité par Morgagni jugeait l'œsophagotomie : *Incertum remedium, certœ morti prœferendum.*

Chopart et Desault la rejetaient dans le cancer, surtout comme une opération périlleuse.

Vacca Berlinghieri (1820) indiquait comme très-utile de faire saillir l'œsophage par une sonde préalablement introduite.

Bégin remit l'opération en honneur, du moins pour les corps étrangers. Il obtint deux succès.

Arnott (1832) eut un opéré qui mourut de pneumonie. Velpeau accepta l'idée d'opérer pour des rétrécissements de la partie supérieure de l'œsophage. Lavacherie eut un succès et un insuccès. En 1853, Monod fit l'œsophagotomie pour une lésion organique de la partie inférieure du pharynx. Son malade survécut pendant trois mois. Avec la survie de seize mois dans le cas de Tarenget, voilà ce que l'œsophagotomie a produit de moins mauvais. Watson obtint aussi trois mois d'un état tolérable.

Non que j'estime l'opération en elle-même périlleuse au premier chef, je la vis faire sans le moindre accident et presque sans écoulement sanguin par mon ancien chef

H. Labat, à propos d'un râtelier avalé. Elle me paraît très utile dans les cas de corps étrangers. Mais déjà pour les rétrécissements élevés, les succès sont fort rares.

Quant à *l'œsophagotomie* Bilroth l'a réussie sur le chien. Il n'y a qu'un pas de la pharyngotomie à celle-ci. Mais le pas n'a pas été franchi, que je sache.

Si l'on rejette la gastrotomie comme : *remedium pejus malo*, si l'œsophagotomie est impossible, il reste ou bien de se croiser les bras, ou bien de faire le cathétérisme. Personne ne songe aujourd'hui au cathéter porte-caustique. Paletta l'employait et obtint ainsi une mort rapide. Les Anglais l'ont préconisé. En France cette méthode fut toujours rejetée.

Reste le cathétérisme dilatateur. Ici les Anglais sont d'accord : il ne faut pas y songer. En Amérique l'exclusion est moindre, et on emploie la sonde française. Bilroth et Schœnborn l'accusent de précipiter le cours du mal, s'il n'a pas d'autres méfaits. En France, il n'est pas aussi exclusivement rejeté.

Certes c'est un mauvais moyen, un : *remedium anceps*. On a vu à l'article fistule, que le bec de la sonde s'est égaré un peu partout : le cou, les plèvres, les médiastins, les poumons, les bronches, la trachée. Plusieurs fois il a causé la mort, parfois brusquement par hémorrhagie.

Mais il faut aussi noter ses bonnes actions.

Chaque fois qu'on passa la sonde, dit sir Bennet, le malade avala plus difficilement. Ce fait très exact dans les cas où on ne passe la sonde que de loin en loin, je l'attribue au spasme, exagéré par l'irritation. Mais ne reculez pas devant cela, faites de la dilatation progressive

et souvent vous réussirez pour un temps qui peut être une année.

M. Verneuil recommande un cathéter très fin, à extrémité munie d'une petite boule. Il sert de conducteur à une sonde fine. Plus tard on aura la série des olives. Dans un cas la gastrotomie était résolue. M. Verneuil se servit de sa sonde et passa. Le malade survécut un mois grâce à la dilatation. La gastrotomie eût-elle aussi bien fait (fait de Leroux)?

Le malade que l'on a sondé invoque le cathétérisme, sauf les complications. Il sait fort bien, qu'ainsi la déglutition redevient possible. Dans certains cas c'est lui-même qui se sonde.

Il faut songer qu'on met sur le compte du cathétérisme beaucoup d'accidents spontanés. On trouve des perforations diverses chez les malades que l'on ne sonde pas.

Je ne crois pas très utile de passer par la narine. Le malade de Watson eut des épistaxis. Fauvel recommande le miroir laryngien dans les cas de tumeurs pharyngo-œsophagiennes. Le cathétérisme sera prudent, en songeant aux accidents possibles. S'il bute, il attendra patiemment la fin du spasme qui peut exister. Deux choses annoncent qu'on est dans l'estomac ; un glou-glou et la sensation du malade. S'il éclate une douleur brûlante, très vive, vous avez probablement fait une fausse route. Dans certains cas l'air sortait par la sonde à chaque quinte de toux. La pénétration dans l'arbre aérien amène la suffocation. En somme le malade meurt de faim. Vous pouvez le laisser mourir. Mais il invoque du secours. Vous avez la gastrotomie, le cathétérisme. De ces deux moyens dan-

gereux, je préfère le second. D'après M. Petit lui-même, la gastrotomie a de très nombreuses chances de ne pas réussir, de très nombreuses contre-indications. Le cathétérisme n'en a qu'une : c'est l'ulcération totale de la paroi œsophagienne, la fistule toute préparée.

Melius anceps quam nullum.

OBSERVATIONS

Accidents pleuro-pulmonaires. — Gangrène.

Observation XXV (Personnelle).

(Mort dans le marasme. Épanchement pleurétique gauche).

La nommée J. Léglise est une vieille mendiante âgée de 57 ans, Elle eut il y a vingt ans du rhumatisme articulaire. Point d'herpétisme. Mariée à un vieillard infirme il y a douze ans, elle vécut au jour le jour en tendant la main. Elle prenait assez souvent de l'eau-de-vie, et, à l'occasion, du vinaigre. Depuis trois ans elle souffre pendant la déglutition. Cette douleur ne venait d'abord qu'au passage d'un bol solide. Elle siégeait dans la gorge, dit la malade : elle indique du doigt le niveau des dernières cervicales. Depuis six mois il y a de la douleur épigastrique et les aliments sont rejetés. La constipation augmentée avec la fréquence des vomissements serait absolue depuis deux mois.

Elle entra le 11 mars 1878 dans le service du professeur Gintrac dont j'étais l'interne.

Le facies semble étiré par la douleur. La peau est terreuse, non jaune-paille. L'amaigrissement est excessif; c'est l'état squelettique. Aussi les diverses saillies, trochanters, sacrum, incessamment comprimées sont-elles douloureuses. La langue est sale, recouverte d'un enduit blanchâtre. La douleur à l'épigastre est très vive et rend l'examen de l'estomac difficile. Il n'y a pas de tumeur appréciable. Le bord libre des côtes droites n'est pas douloureux. A gauche la douleur va du creux épigastrique à la colonne vertébrale.

La douleur existe aussi brûlante et lancinante, dans le point où elle a débuté. La malade l'indique du doigt au fond de la région sous-hyoïdienne. La pression est douloureuse. A la palpation on ne trouve de tumeur ni à droite, ni à gauche. Les divers mouvements du larynx sont très douloureux. Aussi la malade se renferme toute la journée dans un mutisme prudent. Cependant la parole n'est pas assez troublée pour songer à une lésion des récurrents. Outre la douleur, les quelques réponses de la malade amènent le vomissement de Wichmann.

Ce phénomène date de six mois. Il se répète souvent dans la journée. Le matin la malade veut prendre du lait : la faim existe, en effet, et le malade regrette de ne pouvoir prendre sa part des repas de chaque jour. Mais à peine le lait est-il ingéré que, sans grande violence, il est aussitôt régurgité plutôt que vomi. Parfois il est sans mélange. Il y a deux jours, il avait pris une teinte de café au lait. Dans la journée, voyant ses efforts alimentaires inutiles, la malade se tient immobile. Car le moindre mouvement, quelques paroles suffisent pour amener la régurgitation d'une salive filante et visqueuse, mêlée parfois d'un peu de sang et de détritus noirâtres.

La miction ne s'était pas faite depuis trois jours. Les urines retirées par la sonde sont rouges foncées, comme dans la fièvre. La pression sur la vessie est douloureuse.

Il y a des douleurs vagues dans la tête.

11 *mars*. — Cathétérisme. Le bec de la grosse sonde a buté vers la base du larynx contre un obstacle infranchissable. Une sonde plus petite est passée, puis a buté contre un nouvel obstacle vers le cardia ; enfin elle est entrée dans l'estomac. Au moment où la sonde franchit le premier rétrécissement il se produisit un bruit de glou-glou comme lorsque l'on entre dans l'estomac. Le bec et l'œil rapportèrent des détritus noirâtres, comme la malade en a vomi consécutivement dans la journée. La salive a pris la couleur jus de pruneaux.

13-14-15. — Cathétérisme et injection de lait.

30 *mars*. — Pendant quelques jours la malade n'a pu avaler. Je voulus la sonder. La sonde était molle et ne put franchir le premier obstacle. Mes essais infructueux et bien que timides amenèrent un peu

de sang. M. Lande me dit de laisser faire. Trois jours après la malade avalait.

16 *avril.* — A peu près le même état qu'à l'entrée.

Pendant tout le mois ce sont des oscillations d'un jour à l'autre, selon que la malade avale ou non. L'autophagie ne faisait que progresser.

16 *mai.* — Depuis trois jours la malade ne mangeait plus, n'urinait plus. Des râles trachéaux annonçaient le matin du 16 une terminaison prévue depuis deux mois.

Autopsie 30 heures après la mort. Le cadavre est aussi émacié que possible. Pas de rigidité. Il n'y a que des traces de muscles. A l'ouverture du thorax il s'écoule un liquide citrin contenu dans la plèvre gauche. Du même côté se voient des adhérences nombreuses et assez solides coiffant le sommet postérieur du poumon. On trouve des ganglions dégénérés, blanchâtres à la coupe au niveau de la bifurcation bronchique. D'autres sont au pourtour de la sous-clavière droite.

Dans le poumon un peu rouge par places se voient des nodules blancs, tout petits, ayant l'aspect du tubercule.

Le cœur est ratatiné et présente un aspect spécial, il semble rugueux et cela est dû à des déformations de ses vaisseaux. Au foie, près du bord antérieur, se voient deux nodules jaunâtres en îlôts cancéreux.

La dissection de l'œsophage est laborieuse. Des adhérences multiples, surtout à la partie inférieure, vers le corps de la cinquième dorsale et à la partie supérieure au niveau du cricoïde, confondent ce canal avec la trachée et les autres organes. Au niveau des bronches, M. Lande incise des masses ganglionnaires se propageant vers le poumon et ayant sans doute amené la pleurésie.

L'œsophage incisé par sa partie postérieure paraît induré, ratatiné, de couleur grisâtre. De longs sillons rigides vont de haut en bas. En deux points, derrière le cricoïde et à quelques centimètres du cardia, se voient des végétations. En haut, elles formaient un cul-de-sac où ma sonde a buté parfois. En bas, elles formaient des saillies irrégulières. Rien à l'estomac.

Observation XXVI

Pleuro-pneumonie. Pneumogastrique. Desnos. *Revue mensuelle*, 1878.

Rapp..., entre le 3 mai 1878. Dysphagie depuis quelques mois, qui devint douloureuse il y a deux mois. Régurgitation et vomituritions très pénibles.

3 *mai*. — L'olive de 12 mm. bute à 20 cent. et passe.

8 *mai*. — On ne passe pas.

9 *mai*. — Bougie très fine :

22. — 6 heures soir, violent point de côté gauche. Frisson court et intense. Dyspnée très vive, agitation. T. 40°,2.

23. — Langue sèche et rouge. La soif est intense, l'oppression extrême. Matité des deux bases et à droite absence de murmure. A la base gauche, râles sibilants et sous-crépitants plus prononcés vers le lobe moyen. Bronchophonie. Le soir dyspnée considérable.

24. — Matité accrue, face cyanosée, mort à 10 h.

Œsophage. — Il est dilaté et aminci vers son extrémité supérieure et présente des ulcérations grisâtres, nombreuses et petites. Le rétrécissement est brusque au niveau du quatrième cerceau de la trachée. Il a de 3 à 4 cm. A côté une fausse route plus large passe en arrière de l'œsophage, et va jusqu'aux ganglions bronchiques et péri-œsophagiens. Ceux-ci sont noirâtres et volumineux.

Plèvres. — Chacune contient environ un litre de liquide. Flocons blanchâtres dans la gauche. Pas de perforation. Mais en un point la plèvre adhère à la tumeur.

Poumons. — Le droit est refoulé. Le gauche est rouge violet dans ses deux tiers inférieurs. Il crépite mal et surnage à peine. En arrière se voit une masse compacte, peu volumineuse, hépatisée, mal limitée. Une quantité notable de pus baignait les organes péri-œsophagiens, spécialement le pneumo-gastrique, dont les branches émergentes subissaient une irritation permanente.

Observation XXVII

Pleurésie simple. Pneumogastriques envahis. Aphonie. Desnos. *Revue mensuelle*, 1878.

Ant..., 67 ans, a de la dysphagie en septembre 1877. Il est peu robuste. Le rétrécissement est à 25 cm. Le cathétérisme fait pendant trois mois devint plus difficile. Ni régurgitation, ni émaciation. Puis en quelques jours la respiration s'embarrasse et la voix devient rauque. La dyspnée disparut peu à peu. Lors du cathétérisme stries de sang et quelquefois hématémèse. Un jour il causa une anxiété profonde et un vrai spasme de la glotte.

Cachexie, douleur presque continue : sternale et rachidienne. Aphonie.

20 *janvier*. — Rien ne passe. On injecte à la sonde trois litres de lait.

Légère phlegmatia sur la cuisse droite.

30. — Vif point de côté gauche, submatité, diminution du murmure, œsgophonie et un peu de dyspnée. Oscillations pendant deux jours de 38° à 38°,8. L'épanchement croît. Mort le 3 février, sans dyspnée.

Plèvre gauche. — Elle contient trois quarts de litre de liquide clair et citrin ; quelques fausses membranes sur les parois non épaissies. Faible adhérence vers le hile à un prolongement de la tumeur.

Pas de perforation.

La tumeur est végétante, à éperon proéminent. Un orifice mène dans un cul-de-sac de 3 cm. ; l'autre, vestige du conduit, a le calibre d'une plume d'oie. La masse néoplasique sans adhérence à la colonne se prolonge en avant sous la bifurcation de la trachée, puis sous la crosse de l'aorte, les organes sont adhérents, mais non comprimés.

Les deux pneumogastriques étaient dans la tumeur ainsi que le plexus pulmonaire.

Observation XXVIII.

Desnos. *Revue mensuelle*, 1878. Hépatisation ou gangrène du lobe moyen droit.

Rep., 75 ans, fut pris de dysphagie au milieu d'un repas (août 1877). Celle-ci devint absolue en quelques minutes et dura deux jours. Quinze jours après, nouvel accès. Puis les espaces diminuèrent. Enfin permanente, elle ne survient qu'au passage d'un bol volumineux. Constipation ; ni régurgitation, ni douleur.

Décembre. — M. Terrier trouve un rétrécissement de quelques centimètres peu serré à cinq centimètres de l'orifice supérieur. Les cathétérismes amènent de l'anxiété. Un jour une main brusque bute dans un cul-de-sac. La douleur éclate vive, puis continue. Oppression, anxiété, empâtement de la base du cou et bientôt léger emphysème sous-cutané. Vive douleur à la déglutition, qui fut impossible pendant quelques jours. Cet état s'améliora, mais le cathétérisme resta douloureux. Quatre mois après une bougie assez volumineuse passait encore. Pas de cachexie après un an.

30 *août*. — Frisson subit et violent. État grave d'emblée. P. 100. T. 39°. Pas de douleur thoracique. Rien à l'auscultation.

31. — T. 39°,40°. Soif vive. La respiration est accélérée. Étouffements. Sonorité normale. Quelques sibilants à la base et au lobe moyen droit.

1er *septembre*. — Dyspnée intense. Submatité légère à la base droite. Sibilants et sous-crépitants, à maximum à la partie moyenne. Mort.

Autopsie. — Au niveau de la fourchette sternale se trouve une masse dure, diffuse, adhérant en avant à la trachée. En arrière elle gagne la colonne et à gauche adhère à la plèvre et, par ses feuillets accolés, au poumon. L'œsophage est englobé. Une masse de bourgeons blanchâtres l'obstruent à trois centimètres de l'orifice supérieur. En les écartant on trouve un conduit qui mène dans un cul-de-sac à parois

un peu anfractueuses, sans perforation, à gauche de l'œsophage. La muqueuse n'est pas ulcérée.

Poumon droit. Vive congestion de tout le bord postérieur. Congestion intense du lobe moyen. Au centre se trouve un noyau compact, ne crépitant plus, rouge sombre, et plongeant de suite. Il a le volume d'un œuf et se limite par une coque de un centimètre congestionnée, mais non hépatisée.

Le pneumo-gastrique passait dans la tumeur.

Observation XXIX.

Bayle, un homme de 77 ans se plaint de dysphagie et de dyspnée croissantes. On trouve une tumeur squirrheuse entre l'œsophage et la trachée, comprimant ces deux organes de droite à gauche et enchatonnée dans le poumon droit. Les parois de l'œsophage et de la trachée sont envahies. Dans le lobe supérieur du poumon droit se voient deux cavités ulcérées du volume d'une noix.

Observation XXX.

Vigla. *Archiv. gén. méd.*, 1846, XII.

Un homme de 48 ans, s'enivre et éprouve une violente constriction à la gorge. Cette dysphagie passe, revient quatre mois après pour augmenter.

Le 9 avril 1845, quatre mois avant d'entrer rhume sans raison ; la voix altérée déjà, va se perdant. Rétrécissement au niveau des premiers anneaux, infranchissable. Respiration normale, toux, pas d'hémoptysie, pas de tumeur au cou. La poitrine sonne mal. Respiration faible des deux côtés.

Avril (fin). Légère fièvre, céphalalgie continue, aphonie complète.

30. — Délire. Pouls à 100, mou. Mort le 2 mai.

Épanchement séreux sous-arachnoïdien considérable. Rétrécissement considérable de six centimètres de l'œsophage ; sa face interne

est fongueuse, jaunâtre, mollasse. A trois centimètres du cartilage cricoïde s'ouvre par deux orifices un canal en entonnoir qui mène au sommet du poumon droit. L'excavation du sommet du poumon a la dimension d'un œuf de poule. Son orifice, lisse, du diamètre du petit doigt, aboutit à plusieurs tuyaux bronchiques, dont le principal est la division supérieure de la bronche droite.

Pas d'hépatisation au pourtour, mais tissu friable, quelques noyaux hépatisés avec bronchite capillaire.

A gauche bronchite capillaire et noyaux apoplectiques.

Observation XXXI

(Laborde. *Soc. Biologie* 1859).

Un homme de 65 ans, chétif a dans le mois d'août de la gêne de la déglutition, puis à la fin de celle-ci des crampes d'estomac. Tous les matins rejet sans efforts de glaires abondants qu'il extrait de la bouche avec son doigt. La sonde œsophagienne passe librement. Seulement un peu de douleur épigastrique à la pression.

Trois semaines après régurgitation du bol alimentaire non altéré ; sensibilité épigastrique très vive.

Trois ou quatre jours avant la mort, 27 novembre 1859, goût très fétide dans la bouche, oppression. Bronchite et emphysème avec un peu d'hypostase aux bases.

Tumeur champignonnée, de 5 centimètres, établie à la région cardiaque de l'œsophage. Blanche à la coupe, elle donne à la pression un liquide laiteux (encéphaloïde). Elle occupe toute la circonférence de l'œsophage, dilaté du double au-dessus. Une ulcération fait communiquer ce conduit avec deux ou trois cavernes du lobe inférieur du poumon gauche. Celles-ci sont remplies de sanie purulente, n'ayant pas l'odeur gangréneuse. Cependant la brèche pulmonaire a l'aspect de la gangrène.

Observation XXXII

(Gangrène du lobe inférieur du poumon droit dans un cancer du tiers inférieur).

Un homme de 55 ans se plaint de l'estomac, puis de la poitrine et du pharynx. La pression du larynx est douloureuse ainsi que la déglutition. La salive accrue nécessite un crachottement continuel. La voix est enrouée.

L'auscultation fait entendre de gros râles. Le pouls est faible et reste à 90 sans variation. Le malade rend d'épais crachats parfois purulents, sans toux préalable. Diète lactée.

Après quatre semaines la douleur thoracique diminue. Viennent des vomissements fétides, à dépôt purulent, jaunâtre. A la surface dans de l'écume nagent des lambeaux noirâtres du tissu pulmonaire.

Angoisse, mort.

Poumons. — Leur surface est normale. Les bases sont œdémateuses. A la base du poumon droit est une cavité gangréneuse du volume du poing. En haut se trouve un second foyer du volume d'une noix. Au sommet se voit une masse cicatricielle pigmentée, entourée de poumon induré.

Œsophage. — Dans toute sa longueur il a le calibre du gros intestin. Les parois irrégulières ont de 4 à 5 lignes. En bas le cancer se continue avec un cancer de l'estomac. Pas de rétrécissements.

Il était fixé par des adhérences périphériques. La membrane externe de l'aorte était prise. Dans le médiastin ganglions dégénérés.

Au cardia se voyait une masse du volume d'un œuf, se continuant avec les ganglions. Elle présentait des fentes ulcérées.

Le gros intestion était épaissi et rétracté.

Foie. — Gros, gorgé de sang, il présentait des nodules cancéreux de volume variable.

La tête du pancréas était prise. 1846, Annales de Schmidt. Gindre.

Observation XXXIII

Cancer de l'œsophage. Caverne pulmonaire gangréneuse. Andral et Duret.

Florentin, 64 ans. Entre à Saint-Antoine le 25 janvier 1873. Le père est mort à 70 ans, la mère à 85. La dysphagie apparut subitement, en déjeûnant, il y a trois mois. Depuis il ne prend plus que des potages.

Le cathétérisme fait par M. Peter bute au niveau des clavicules (bougie de 5^{mm}) et ne peut aller plus loin. Diète lactée.

La toux qui existe depuis l'entrée fait trouver des craquements au sommet. M. Peter croit à des tubercules causés par le défaut de nourriture.

La respiration est saccadée. Matité au sommet droit.

8 *février*. — Étouffement subit, puis oppression qui disparaît par des sinapismes sur le devant de la poitrine. Rien d'anormal à l'auscultation ni à la percussion.

13. — Nouvel étouffement de courte durée. Les craquements sont remplacés par du gargouillement. Il y a du souffle des deux côtés, mais surtout à droite ; là aussi râles sous-crépitants. L'haleine est fétide : les crachats assez abondants sont purulents, d'odeur gangréneuse. Aussitôt que le malade veut avaler il tousse (on songe à une fistule œso-trachéale).

15. — Le soir état agonique. Cachexie profonde.

16. — Le malade a sa conscience. A une heure il demande du vin, l'avale facilement, en demande d'autre, se retourne dans son lit et meurt.

Autopsie. — Trachée. Rien.

Tumeur œsophagienne. Sa couleur est blanche. De consistance ferme, elle siège à la jonction de la portion thoracique et de la portion cervicale. Elle a 5 centimètres de long, 1 centimètre d'épaisseur. Une sonde de trousse passe facilement par le point rétréci.

La muqueuse paraît seule atteinte. La tunique musculeuse est très saine.

Poumons. A gauche, noyaux rouges très denses, d'un centimètre cube, plongeant de suite. Pas de tubercules.

A droite, caverne du volume d'un œuf de poule, qui occupe le sommet. La paroi interne, épaissie en ce point, adhère à la tumeur œsophagienne. Pas de tubercules.

Micros. Duret. C'est un épithélioma tubulé (Ranvier) ou un cylindroma (Robin). On y trouve des canaux anastomosés ou en culs-de-sac, remplis de cellules épithéliales qui n'ont pas encore subi l'évolution épidermique. Ces cellules sont soudées ensemble et par le râclage à l'état frais on peut obtenir des cylindres épithéliaux. Le stroma est formé de tissu conjonctif jeune, semblant à de faibles grossissements renfermer des cellules fusiformes, disposées en faisceaux comme le stroma lui-même.

La plupart de ces cellules ont un noyau ovalaire et granuleux : elles présentent plusieurs prolongements. La tunique musculaire striée est intacte ; cependant au point de contact avec le poumon se voient des noyaux d'irritation dans le tissu conjonctif qui sépare les faisceaux musculaires.

Il n'y a pas de trajet entre la caverne et l'œsophage. Est-ce propagation ou coïncidence ?

A quelques millimètres de la caverne les alvéoles sont traversées par des travées d'un tissu très analogue à celui du stroma de la tumeur. Pas d'éléments épithéliaux.

Il y avait quelques noyaux apoplectiques au sommet gauche.

Liouville a vu dans un cas analogue de la pneumonie caséeuse.

Duguet cite deux cas de rétrécissement cancéreux avec granulations tuberculeuses pulmonaires. Dans un rétrécissement, suite de l'action d'un caustique, Luton songeait à l'action directe de l'acide. Millard rejeta cette idée attribuant tout à l'inanition.

Observation XXXIV

Cancer du tiers inférieur. Gangrène du lobe supérieur gauche.

Un homme de 40 ans est pris après un repas copieux de vomissements répétés.

Puis la dysphagie croît. En novembre, viennent des régurgitations, l'amaigrissement, la cachexie, mais pas de douleur.

Novembre 1859. — La toux est violente, la dysphagie extrême. Par 24 heures le malade remplit trois bassins de salive, de pus et d'aliments. La sonde bute vers le tiers inférieur et rapporte une matière rougeâtre dans son œil.

On répète le sondage pour prolonger la vie.

La matière analysée au microscope présente : des cellules rondes, fusiformes, du tissu conjonctif et des fibres élastiques, de même que des alvéoles formées par des cellules minces, rondes et concentriques, ayant à leur centre un córpuscule rond, c'est-à-dire des éléments essentiels du cancer épithélial.

Décembre. — Point de côté gauche (pleurésie partielle). Matité à la percussion. Râles crépitants et crachats sanguinolents de pneumonie.

L'aorte abdominale présente un souffle, dû sans doute à la pression de la masse cancéreuse (pas au cœur).

1er *janvier.* — Les crachats sont verdâtres, nauséabonds, l'haleine fétide. Le malade avalait plus librement.

Frottement pleural, diarrhée, délire par intervalle. Lucidité au moment de la mort.

Poumon droit. — On trouve quelques noyaux de tubercules anciens crétacés.

Gauche. — Il y a des adhérences depuis la quatrième côte jusqu'à la base. Dans le lobe supérieur est creusée une cavité grosse comme le poing où baignent de grands et de petits vaisseaux. On ne trouve pas d'artère de gros calibre oblitérée.

En bas du lobe inférieur se trouvent des tubercules et un foyer purulent. Les bronches gauches sont congestionnées ; les petites divisions présentent des dilatations sacciformes.

Œsophage. — Le tiers inférieur est pris. En bas se voit une tumeur du volume d'une noix. Rétrécissement.

Au niveau du rétrécissement, la muqueuse est ulcérée comme à l'emporte-pièce : les bords sont irréguliers et fongueux.

(Kussmaul et Deininger).

Observation XXXV

Bull. Soc. anat. 1874. Artus. Gangrène pulmonaire. Diverticulum.

P. 47 ans, cantonnier, entre le 14 mars chez M. Empis. Existence toujours précaire. Des troubles dyspeptiques survinrent il y a onze mois, sans douleur ni vomissement. Alternatives de mieux et de pis. Il avalait péniblement, avec arrêt un peu au-dessus de l'appendice xyphoïde : quelques efforts faisaient passer le bol.

15 *mars.* — Pâleur, comme chez les phthisiques ; non jaune paille. Anorexie absolue, sans vomissement. Constipation habituelle. Il y a une pesanteur épigastrique, accrue par la pression, sans tumeur.

17. — L'olive n° 2 passe facilement.

18. — De même.

25. — Accès plus longs d'une douleur plus vive. Quintes et vomissements peu abondants, de matière blanchâtre, comme l'empois dilué, d'odeur aigrelette, très-désagréable. Rien aux sommets. Le malade se plaint d'un point de côté droit.

27. — Vomissements alimentaires peu après la déglutition. Puis tout est rejeté.

Les derniers jours, sortes de vomiques, le matin, après des quintes. Les matières sont très-fétides et le malade sent qu'elles ne viennent pas de l'estomac. Mort le 12 avril.

Autopsie. — L'estomac très dilaté va jusqu'à l'ombilic. L'épiploon enroulé en corde est rejeté à gauche. La tête du pancréas se confond

avec la tumeur. Celle-ci écarte les piliers du diaphragme, dont le droit est presque détaché de son insertion lombaire.

Poumons. — A droite adhérences au diaphragme. Dans le lobe inférieur droit, sur le bord antérieur caverne du volume d'une noix, pleine de liquide blanchâtre, infect, semblable à celui qu'on trouve dans l'estomac. Congestion du reste du poumon. La muqueuse bronchique est boursouflée.

Cardia. — Au pourtour surtout à droite, tumeur volumineuse, lobulée, dure, se propageant vers la petite courbure. L'œsophage un peu dilaté offre quelques ulcérations à la face interne. A la face supérieure de la tumeur un petit conduit à membrane lisse, de 20 mm. va dans une cavité située près du poumon, mais sans communication visible. Il contenait le même liquide que la caverne pulmonaire.

Observation XXXVI

Fistules multiples. — Gangrène pulmonaire, avec peu de symptômes. Decaudin. *Bull. soc. anat.* 1874.

M..., âgé de 55 ans, entre le 6 octobre. Bons antécédents. La douleur rétro-sternale est supportable. Elle vient lors de la déglutition, depuis cinq mois.

Dysphagie progressive. Glaires, stries de sang, quelquefois petites hématémèses.

Juillet. — Amélioration : il suffisait de boire après chaque bouchée.

Fin septembre. — Dysphagie plus prononcée. Douleur rétro-sternale, inter-scapulaire, épigastrique. A chaque déglutition, viennent des quintes de toux et de la suffocation. La régurgitation se fait au bout de trois minutes. Les liquides causent aussitôt la suffocation. Sous-crépitants généralisés.

Rétrécissement à 25 cent. de 2 cent. environ.

Glouglou œsophagien quand le malade boit, comparable au bruit de l'eau qui coule dans le goulot d'une carafe.

9 *octobre.* — La plus petite boule d'ivoire ramène quelques filets de sang. Crachats sanglants. Submatité sous la clavicule droite.

11. — Crachats sanglants la nuit. Le malade ne veut pas de la sonde qui revient tachée de sang. 12 cathétérismes.

13. — Le malade refuse absolument la sonde, rejette tout, est pris d'oppression. Orthopnée.

17. — Pas de fièvre. Dyspnée. 18, agitation, anxiété. Râles très nombreux. Plaques cyaniques sur les cuisses. Mort à 1 heure du soir.

Autopsie. — L'œsophage est collé aux vertèbres (3e, 4e, 5e dorsales). En soulevant les organes du médiastin, quelques gouttes de pus sortirent de la gouttière costo-vertébrale droite. La bronche droite et la bronche gauche sont ulcérées, la droite davantage. Les deux sont ouvertes.

En dedans de l'œsophage, tumeur en plaque, de 5 cent., perforée au centre. On voit par cet orifice la bifurcation de la trachée ouverte également. Pas de dilatation.

Poumon. — Crépitants. Taches verdâtres au sommet droit et à la base gauche. Liquide séro-purulent à la coupe, avec noyaux de gangrène, s'affaissant en putrilage sous le doigt. Deux noyaux à la base du poumon gauche ; deux autres noyaux, l'un au sommet, l'autre à la base du poumon droit. Odeur fétide.

Épanchement séro-purulent dans le péricarde.

Récurrents.

Observation XXXVII

(Barret. Ulcération du récurrent).

L. B., 41 ans, maçon, vit depuis quelques années dans l'intempérance. Depuis deux ans il maigrit et avale difficilement. La voix altérée dernièrement est devenue grave et basse.

Depuis neuf mois, les aliments s'arrêtent au haut du sternum. La régurgitation assez fréquente se faisait dans de grands efforts de toux et de vomissement. Il entre le 13 janvier. Rien dans l'historique.

17 *janvier.* — Une petite sonde buta au bas du pharynx, puis un

peu plus bas et passa. A la suite vint une douleur considérable au cardia. Les aliments solides finement coupés pouvaient encore passer. Rien au thorax. Pas de ganglions. Les mois suivants la sonde fut rarement employée. On remarqua qu'elle passait plus difficilement après chaque cathétérisme.

17 *février*. — Bon état général. La voix n'est plus qu'un chuchottement..

14. — Dépression générale. La face devient bleuâtre. La respiration est fétide. Tout est violemment rejeté, après quelques secondes, pendant trois jours. Alors avec la plus fine sonde on injecta du lait, du thé, de bœuf, du pain émietté. La respiration devint horriblement fétide. Le mucus entassé dans sa gorge le gênait beaucoup. Ni pus, ni sang.

22. — Plaintes. Peau sèche et brûlante. Pouls 118.

La toux empêche le sommeil. La bouche est desséchée. On a plus de peine à franchir le rétrécissement supérieur. Mais pas d'angoisse consécutive.

23. — Rien ne passe. Anxiété. Nez livide et noirâtre. Le mucus gargouille dans sa gorge gênant la respiration. Suffocation. Pouls 136 petit, vibrant. Langue sèche et épaisse. Lèvres fendillées. Râles sibilants et sous-crépitants.

Vers 4 heures, en parlant à des amis, il est pris d'efforts de toux, rejette une quantité assez considérable de matière noire et fétide, retombe sur le dos et meurt.

Autopsie. — 36 heures. Un peu de liquide dans les espaces sous-arachnoïdens et dans les ventricules latéraux.

Rien à l'abdomen.

Œsophage. — Sur la surface antérieure de la trachée, de la thyroïde au péricarde, se trouvait une couche épaisse de tissu graisseux mollasse, imparfaitement développé. La partie inférieure était envahie. En arrière se trouvait l'origine du mal. C'étaient de petites tumeurs arrondies, ressemblant à des ganglions indurés, plus étendues à gauche qu'à droite. Elles enveloppaient les carotides et écartaient un peu l'œsophage de la trachée. A la coupe, d'aspect fibreux sortit un liquide

blanc, crêmeux. Mais la masse ne cria pas sous le couteau, caractère du squirrhe ; plusieurs étaient ramollies, d'autres abcédées.

Entre l'œsophage et la trachée, en arrière et au-dessous du thyroïde, était un vaste abcès en kyste, contenant des cerceaux désunis de la trachée en voie de destruction. Il s'ouvrait dans l'œsophage au-dessous du second rétrécissement, et dans la trachée dont les cerceaux enlevés étaient remplacés par des bourgeons de la membrane fibreuse.

Les parois des carotides étaient fortifiées par l'épaississement des tissus voisins. On trouva de petits dépôts de lymphe sur leur tunique interne et sur celle de la veine jugulaire. La sous-clavière droite et la veine innominée étaient comprimées.

En suivant le récurrent laryngé, on trouva qu'il se terminait en un nodule arrondi au bord inférieur de la grande cavité. Evidemment il avait été détruit par l'envahissement.

Observation XXXVIII.

(Lancereaux. Bull. 1861).

Un homme de 52 ans s'enroue en janvier 1858 ; dyspnée légère ; difficulté pour avaler. Le 1er mai accès de dyspnée : on croit à de l'emphysème. Ipéca. Avant les vomissements, dyspnée qui menace de mort. Les accès se répètent, surtout à propos d'essais de déglutition. Aphonie très prononcée : Trachéotomie. Mort le 7 mai.

Au tiers supérieur l'œsophage paraît plus gros. En dedans ulcération de 5 cm. de long à rebord saillant. Entre le quatrième et le sixième anneau la tumeur fait sous la muqueuse trachéale une saillie du volume d'une noisette.

Entre les deux branches de la trachée ganglions noirs, volumineux, compris dans une trame fibreuse dure, au milieu de laquelle est le récurrent gauche qu'ils compriment.

Observation XXXIX.

(Lebail. Bull. sept. 1871).

L.... parqueteur, 60 ans, entre le 8 août, service de M. Duplay, pour mourir le 20 septembre.

Le cou est tuméfié, surtout à droite, où la tumeur est allongée.

Il y a deux mois le gonflement plus prononcé allait des clavicules au maxillaire. Cette tuméfaction brusque et douloureuse avait disparu en quelques jours.

18. — La sonde passe juste. La respiration est courte s'il veut marcher.

La voix est éteinte.

Il y a des quintes de toux, provoquées surtout par la sonde (Jamais il ne toussait d'habitude). On renonce au cathéter.

21 *septembre*. — Mort.

Au niveau de la proéminence on trouve une large ulcération, de 3 à 4 cm. d'aspect tuberculeux, occupant toute la circonférence de l'œsophage. Deux autres petites, très nettes, à la partie postérieure s'ouvrent dans une cavité anfractueuse pleine de liquide puriforme. Celle-ci longe la paroi postérieure de l'œsophage (3 cm.), puis remonte le long de la trachée, des cartilages du larynx, entre ces organes et les muscles de la région sus-hyoïdienne droite.

Le récurrent baigne dans cette cavité.

Sur la trachée large plaque blanchâtre (granulations d'apparence tuberculeuse).

Les cordes vocales sont intactes.

Poumons criblés de tubercules.

C'est un épithélioma (Malassez).

Récurrent, tubercule et cancer. Abcès périphérique.

Observation LX.

Carcinome de l'œsophage et de la trachée : hémoptysie foudroyante, *Bull. soc. anat.* Déc. 1873. Fistule œso-trachéale.

M. Renaut. Un homme, atteint de laryngite chronique avait été soigné longtemps par M. Potain, qui, devant une tumeur du cou et la paralysie de l'une des cordes vocales, avait diagnostiqué un cancer du larynx. Dans les derniers temps dysphagie et ganglions sterno-mastoïdiens. Il mourut subitement d'hémoptysie.

La tumeur comprimait latéralement l'œsophage et la trachée, englobant le récurrent droit. Une ulcération faisait communiquer les deux conduits. A ce niveau des bourgeons faisaient saillie dans la trachée, sous le larynx. Le muscle crico-aryténoïdien postérieur était notablement atrophié. La lésion très localisée n'avait envahi que les ganglions adjacents.

Micros, Renaut et Ranvier. Les nodules carcinomateux envahissent graduellement la muqueuse, en en dissociant les glandes. Celles-ci ne tardent pas à se convertir en petits kystes, puis se fondent et leurs cellules se convertissent en éléments embryonnaires.

Observation XLI

Bull. soc. anat. 1873. Epithélioma de l'œsophage ayant amené des symptômes de compression de la trachée et une paralysie de la corde vocale gauche. Lépine.

B., 46 ans, cuisinier, entre le 20 janvier 1873 à la clinique de M. le professeur Sée.

La dysphagie date de cinq mois. Depuis trois semaines les liquides ne passent plus.

La respiration est de plus en plus gênée depuis un mois et la voix s'éteint. Amaigrissement.

A l'entrée on constate du cornage, une expectoration muqueuse avec

douleurs thoraciques, auscultation. Le murmure est diminué : il y a cornage au côté droit.

L'olive de 8 mm. bute à 22 centimètres puis au retour à 25 ou 26 cm. de l'arcade dentaire M. Malassez trouve le nombre des globules blancs un peu accru.

Fauvel avait constaté la paralysie de la corde vocale gauche.

Cœur un peu gros.

Œsophage. — Vers la bifurcation de la trachée l'œsophage présente un vaste ulcère, à bords épais et saillants, en anneau, large de plus de 10 centimètres. Le fond végétant est blanchâtre.

La production morbide fait saillie dans la bronche gauche, qu'elle rétrécit notablement.

A quelques centimètres au-dessus de l'ulcère une masse, ganglion dégénéré, du volume d'une grosse noix, fait saillie dans l'œsophage et dans la trachée, sur le deuxième et troisième cerceau, d'où rétrécissement.

Latéralement existent d'autres masses ganglionnaires, dures, comprimant les récurrents, surtout le gauche.

Aorte. — Plaques d'athérome.

Poumons. — Adhérences pleurales ; catarrhe et congestion œdémateuse intense. Lésions moindres à gauche.

Rate. — Longue de 16 centimètres.

Foie et reins. — Gris et congestionnés.

Microscope Cornil. — A l'anse du récurrent droit sous la sous-clavière il existe à la surface de ce vaisseau, une induration de couleur grise qui englobe le nerf. Au voisinage se trouve un ganglion dégénéré. Puis le nerf est libre.

A gauche le nerf est normal jusqu'à son entrée dans l'ovoïde dégénéré, au-dessus de la tumeur œsophagienne.

Cette tumeur, ramollie à son centre et ouverte dans la trachée est probablement un ganglion dégénéré. La coque épaisse, grisâtre, donne un suc granuleux et présente la même structure que la tumeur primitive de l'œsophage.

En y pénétrant le récurrent gauche s'épaissit, devient tumeur et si bien qu'on sculte un peu au hasard plutôt qu'on ne le dissèque.

Sur une coupe fine on voit le tissu conjonctif du névrilemme épaissi, les faisceaux primitifs dissociés. Les tubes nerveux intacts d'abord, montrent bientôt dans la myéline des granulations graisseuses et des corps granuleux. Le névrilemme qui entoure le faisceau primitif est composé là encore de ses éléments normaux (lames de tissu conjonctif et cellules plates).

La nature de la tumeur est celle de l'épithélioma tubulé. On y trouve des filaments pleins, en tubes, constitués par de l'épithélium pavimenteux. Ces filaments sont d'autant plus petits qu'on les examine plus à la périphérie. Plus volumineux à l'intérieur, ils ont l'aspect bourgeonnant.

Partout l'épithélium est grand, à forme pavimenteuse irrégulière, prismatique ou aplatie.

Nous n'avons pas vu nettement la participation des glandes à la néoformation.

Cornil. Le ganglion trachéal oblitérait la moitié gauche du conduit. La branche était rétrécie.

La respiration se faisait mieux à droite et c'est de ce côté que se percevait le cornage, dû à l'état de la glotte.

Carville, attribue le cornage à la flaccidité paralytique des deux cordes, d'après un cas de M. Hérard.

Observation XLII

Leroux. *Bull. soc. anat.* 1878. Épithélioma tubulé venu des glandes dermiques. — Fistule œso-médiastine. — Récurrents.

L. A..., 60 ans, chauffeur, entre le 9 juillet chez M. Raynaud. En mars il eut un peu de dysphagie, avec gêne vers le haut du sternum. En mai les solides ne passent plus. La dysphagie le fait entrer.

9 *juillet*. — La sonde ne peut passer : à 22 cent. Pas de tumeur thoracique. Cet homme boit 5 ou 6 litres de vin par jour, tremble, a

de la pituite, des rêves, de l'athérome. Pas de douleur. La sonde qui ne passe pas à plusieurs essais revient propre. Le 15 juillet les liquides sont régurgités sur le champ. Lavements alimentaires.

Le 25 *juillet.* — la voix est bitonale, enrouée. Les deux cordes un peu rouges sont mobiles. Émaciation extrême. 3 août lit forcé. Pas de fièvre. On songe à la gastrotomie. Le lendemain le cathétérisme est possible (sonde de Verneuil). L'opération est remise. Le cathétérisme répété matin et soir amena du mieux. Le 15 passait une boule de 6 millim. Le malade se sonde lui-même.

Fin septembre. — Cathétérisme très difficile. Toux et oppression. Aphonie. Les cordes sont inertes, la glotte demi-ouverte. Râles de bronchite. A partir du 1er octobre légère fièvre le soir. Cathétérisme très douloureux. La toux et la dyspnée croissent. Le 20 suffocation, mort rapide.

Autopsie. — Vaste foyer purulent, dans le médiastin, où baignent l'aorte et les vaisseaux. Le sommet du péricarde est entouré de pus. Cette infiltration englobant les bronches et leurs ganglions va jusqu'à l'œsophage. Péricardite.

Œsophage. — La face postérieure est à peu près saine. Rétrécissement fongueux, rosé, de 5 cent. à partir de l'extrémité supérieure. Les masses fongueuses se contournent en S dans ce trajet tortueux deux perforations, en bas et en haut. Par celle-ci un stylet passe à gauche de la trachée et va dans le médiastin antérieur. Pas de dilatation. Deux nodus dans la trachée qui est adhérente. L'aorte adhère à la bronche gauche et en ce point offre une plaque calcaire volumineuse.

Les phréniques adhèrent au sommet du péricarde mais s'isolent facilement. Les récurrents très difficiles à suivre baignent dans le pus, puis sont englobés dans la masse. Atelectasie pulmonaire. Estomac bilobé. Foie gras.

Micros. — On trouve les cellules de la couche épithéliale volumineuses, très serrées, stratifiées. La couche de Malpighi est infiltrée de noyaux. Le derme est épaissi, infiltré de cellules embryonnaires par traînées. On trouve des glandes à peu près normales. D'autres

remplies d'épithélium, ayant la forme de boyaux allongés sur une coupe oblique. Muscles. Les faisceaux sont écartés par des noyaux. En d'autres points tissu où, dans un stroma fibreux sont des cylindres pleins ou des traînées d'épithélium en forme de boyaux. Les muscles du larynx sont dégénérés.

Observation XLIII

Dans un cancer des ganglions rétro-péritonéaux, puis de l'estomac, du foie et du poumon, la dernière cause amena la mort, la voix fut rauque pendant six semaines, sans toux, ni dyspnée. Paralysie de la corde vocale gauche. Après son entrée la raucité et la paralysie persistèrent trois mois. Pendant les trois ou quatre dernières semaines les accidents pulmonaires causèrent la toux et l'expectoration ; en dehors de ce temps jamais de dyspnée et encore moins de suffocation paroxystique. Les deux derniers mois les liquides tombaient facilement dans le larynx pendant ses essais pour avaler. Œsophage sain, ainsi que la trachée et les poumons.

Le récurrent gauche était pris dans un noyau cancéreux de la grosseur d'une noisette (L. Bristowe).

Observation XLIV

Marche rapide. — *Union médicale* 17 août 1879.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage au niveau de l'extrémité inférieure de la trachée. Lésion secondaire des deux nerfs récurrents, paralysie des cordes vocales. Gougenheim.

B. J., âgé de 52 ans, employé de commerce, entré le 5 février 1878 à l'hôpital Temporaire. Il se plaint d'une angine depuis quelques semaines.

La taille est élevée. Depuis de récents revers de fortune ses forces et sa santé ont diminué. La dysphagie survint et presque aussitôt la voix changea.

Téguments pâles. Peu d'appétit, un peu de dyspnée. La voix est fausse et bitonale. Les boissons ne reviennent pas par le nez. Pas de ganglions.

Laryngoscope. Immobilité presque absolue des cordes, la glotte offre une fente constante de 2 mm. La corde vocale droite est plus large que la gauche et semble encore se mouvoir. La gauche est absolument immobile. Ni dyspnée, ni suffocation. Rien dans le médiastin. Poumons intacts, cœur régulier.

Il y a de l'hésitation dans la déglutition, même dans celle des liquides. On n'entend pas de glouglou à l'auscultation. Le cathétérisme est assez difficile. Chaque fois la sonde est arrêtée à 20 ou 25 cm. de la bouche par des contractions excessives de l'œsophage.

Parfois la dysphagie semblait diminuer ; la voix ne changea pas. Lait. Amaigrissement, teinte jaune pâle, décoloration des muqueuses. Il y avait alternativement de la diarrhée et de la constipation.

Le seul traitement, inutile d'ailleurs, fut le régime et l'électrisation du récurrent.

25 avril. — Douleur cervicale. Dysphagie plus prononcée. L'amaigrissement est rapide.

4 mai. — Le malade refuse tout aliment (vomissements) et meurt cachectique.

Jamais de dyspnée.

Rien à l'abdomen. Cœur et poumons sains. Les pièces furent disséquées par M. Châtelin, interne.

Larynx. — Normal. Les cordes vocales sont moins épaisses et moins charnues que normalement. Les muscles du larynx paraissent normaux.

Œsophage. — Il est très dilaté ; ses parois amincies dans une étendue de 12 cm. contiennent des matières alimentaires décomposées. Le rétrécissement siège un peu au-dessus de la bifurcation de la trachée. Il admet à peine une sonde ordinaire. La muqueuse est ulcérée à son niveau. Au-dessous le conduit est vide et rétracté. Au niveau du point rétréci les parois ont 6 ou 7 mm. d'épaisseur. Elles sont dures, lardacées.

A droite de l'œsophage se voit une masse plus considérable, comme un œuf de pigeon. Le tissu de cette tumeur est dur et lardacé. Ce sont des ganglions. Extérieurement on voit des ganglions noirâtres, adhérents à la tumeur et déjà infiltrés de la même substance.

Le récurrent droit libre jusqu'à la tumeur semble s'y engager. Puis l'adhésion intime le rend impossible à disséquer : il s'amincit et se rompt alors facilement. Au niveau il est plus rouge.

Le récurrent gauche s'engage dans la masse. Il paraît rouge et gonflé aux points émergents. Il nous a été possible de le suivre en arrière de la tumeur et il nous semblait aplati entre la tumeur et la trachée.

Observation XLV

Épithélioma de l'œsophage intéressant le récurrent. — Franks Kendal. (Dublin *journ.* 1876).

Un homme mourut à l'hôpital le 24 janvier. Entré le 16 décembre il avait 40 ans, la taille élevée, pas de cachexie. Pas de ganglions. Le mal remonte à un an. Il se plaint surtout d'avoir perdu la voix et d'avaler difficilement. Il ne parle qu'à voix basse comme dans la phthisie laryngée. Les liquides passent difficilement.

Au laryngoscope les cordes vocales paraissent saines. Mais la gauche reste immobile tandis que la droite oscille très librement (tumeur ou abcès comprimant le récurrent gauche).

Le poumon gauche est normal. Le droit, surtout le lobe supérieur, respire mal. Induration fibroïde de ce lobe.

7 *janvier*. — Dysphagie absolue. S'il veut boire immédiatement toux et régurgitation. Quelques jours après, dans un violent effort, vint une sorte de vomique purulente. Puis la déglutition redevint possible.

16. — Nouvelle vomique, nouvelle amélioration.

21. — Grande douleur diaphragmatique droite. Respiration courte, inspiration très laborieuse. Pleurésie aiguë droite. 24 mort.

Autopsie. — Après 8 heures. Peu de rigidité, mais congestion

hypostatique. Il y a des adhérences dans toute la plèvre droite, qui est bourgeonnante (Thickened). En essayant d'enlever le poumon droit on laisse des parcelles adhérentes au diaphragme et au thorax. Le lobe inférieur était d'un rouge splénique; très mou sous le doigt. C'était apparemment de l'œdème collatéral.

Pleurésie gauche récente fibrineuse. Plèvre remplie au quart.

Œsophage. — Une large ouverture de 2 cent. de long s'ouvrait dans le le tissu prévertébral non altéré. A l'intérieur siège une ulcération envahissante, de 8 cent. commençant à 3 cent. 5 de l'ouverture du larynx. Les ulcérations sont profondes à l'extrémité du cartilage thyroïde.

L'ulcération enveloppait le récurrent gauche : d'où sans doute la paralysie des muscles moteurs de la corde gauche. En ce point le cartilage thyroïde était dénudé et nécrosé.

Sur la paroi antérieure se trouvait une seconde fistule, de 8 mm. de long sur 18 mm. de large, s'ouvrant dans le larynx. Son pourtour était irrégulier et induré.

Fistules œso-vasculaires.

Observation XLVI

Cancer de l'œsophage. Mort par hémorrhagie provenant d'un intercostale.

L'intérêt est dans la lésion de l'intercostale, lésion certainement rare, dans le cancer de l'œsophage. Cependant les rapports des intercostales et du siège du mal font que l'on s'étonne de ne pas voir plus souvent cet accident fatal.

Une femme de 37 ans entrait à Saint-Thomas le 20 janvier 1857. Un an avant son entrée, au milieu d'une bonne santé habituelle, elle éprouva de la douleur, vers le milieu du sternum, après avoir mangé. Pendant neuf mois, douleur, vomissements occasionnels, et légère altération générale. Puis pendant trois mois la douleur et l'angoisse constantes s'exaspèrent pendant la déglutition. Actuellement il y a de

la régurgitation. Jamais de sang. Émaciation, mauvais appétit, pouls petit et faible, langue sale. Pas de tumeur.

27. — Les symptômes deviennent alarmants. Une bougie trouve un rétrécissement à la jonction du tiers moyen et du tiers inférieur. Des parcelles retirées montrèrent au microscope beaucoup de cellules épithéliales.

La débilité fait des progrès.

6 *février*. — Vomissement soudain d'une pinte de sang. Puis elle tombe dans le collapsus. Sa respiration devient laborieuse, anxiété ; pouls à 120, très faible. Acide tannique.

Cet état persiste jusqu'au 7. Le 8, au matin, elle paraissait un peu mieux ; puis elle s'affaisse et meurt assez soudainement à 1 h.

Autopsie. — Plèvre gauche saine, vieilles adhérences de la droite ; Poumons pâles, mais sains. Cœur et péricarde intacts ; le premier contracté, ses ventricules vides.

La lésion se trouve à la fin du tissu moyen de l'œsophage. L'induration offre les caractères du squirrhe. La surface externe de la masse était moulée sur la branche descendante de l'aorte, et la partie correspondante de la colonne vertébrale en les enveloppant. A la surface interne se voient des ulcérations irrégulières ; puis sur les bords et çà et là des nodules d'encéphaloïde. Un peu de sang altéré recouvre cette surface. La seconde intercostale droite à un quart de pouce de son origine s'ouvre directement dans l'ulcère. Au-dessous de la lésion, follicules glandulaires très apparents. Un peu de sang noir altéré.

Le péritoine est sain.

L'estomac dilaté contient un caillot rougeâtre, moulé sur ses parois et pesant 18 onces. Il y a du sang dans tout l'intestin grêle, tout à fait noir dans l'iléon.

Le cœcum, les colons ascendant et transverse sont distendus par du sang noir ; même matière dans le reste de l'intestin contracté.

Rien ailleurs.

(Bristowe 1857. *Transact. London*).

Observation XLVII

Mort d'hémorrhagie. Ulcération d'une artère œsophagienne dilatée.

Un homme de 42 ans, avale difficilement depuis 4 ans. Cathétérisme : légère résistance vers le cardia.

Le même jour vomissement de sang, rutilant, spumeux, qui continue toute la nuit. Deux bassins sont remplis. Le soir les vomissements reviennent : Syncope, mort sept jours après l'entrée.

L'œsophage est plein de sang. Les glandules, du volume d'une tête d'épingle le parsèment du haut en bas. A l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen large ulcère de tout le pourtour, de quatre à cinq cent. En arrière l'aorte est appliquée directement à l'œsophage par l'orifice dilaté mais non ulcéré d'une artère œsophagienne. En avant fistule œso-bronchique de 2 cent. de large sur 5 mm. de long. Sang dans les voies respiratoires.

Robin. C'est une hypertrophie épithéliale des glandes, avec envahissement et destruction des tissus voisins.

(Bucquoy, *Bull.* 1855).

Observation XLVIII

Amodru. avril 1875. Fistule œso-aortique. *Bull. soc. anat.*

Un homme de 53 ans, entre à Saint-Antoine. Il a de la dysphagie depuis six ou huit mois. La gêne siège derrière le haut du sternum. Cachexie jaune paille.

Dès le début existe une douleur modérée dans le dos et entre les omoplates, sans irradiation. Il rend par régurgitation des mucosités filantes, non striées qui remplissent deux ou trois crachoirs par jour.

L'olive n° 2, arrêtée à 27 cent. des incisives, vers la quatrième dorsale, à la terminaison de l'aorte, ne passe pas.

Le lendemain 12 mars passe le n° 1, puis le n° 2 difficilement. On

sent deux autres rétrécissements, l'un au-dessus, l'autre au-dessous, à quelques centimètres.

Le cathétérisme rend l'alimentation possible.

22 *avril.* — Passent les nos 1 et 2.

23. — Pas de cathétérisme. Un peu de sang est mêlé aux mucosités.

24. — Les crachats sanguins persistent. Point de cathétérisme. Le soir à cinq heures pâleur subite, sueur à la face, extrémités froides : mort à huit heures.

L'œsophage adhère intimement au pédicule pulmonaire et à la quatrième dorsale. Dans ce point une induration cancéreuse de trois cent., occupe toute la périphérie du conduit. Rétrécissement très étroit en ce point : au-dessus partie très dilatée, manifestement cancéreuse et franchement ulcérée.

Au-dessous du rétrécissement supérieur un champignon large comme une pièce de deux francs fait saillie à l'intérieur.

L'aorte incisée présente une surface envahie de la largeur, d'une pièce de vingt sous, au niveau de la dilatation de l'œsophage. Au centre de cette plaque s'ouvre par un orifice de 4 mm. une fistule œso-aortique. La dilatation est remplie de sang noir et caillé. L'estomac, le duodénum, le jéjunum sont distendus par une grande quantité de sang.

Les ganglions sus-claviculaires n'etaient pas pris.

Fistules œso-pleurales. — Œso-médiastines. — Œso-pulmonaires.

Observation XLIX

Fistule œso-pleurale. — Ulcère idiopathique perforant de l'œsophage. — Hawtrey Benson, 1873.

Une femme de 40 ans, en état avancé de cachexie cancéreuse, entre à l'hôpital de Dublin. Les ganglions du cou et ceux du mésentère étaient hypertrophiés. La dysphagie était intense, avec rejet immé-

diat des aliments. Lavements nutritifs. Diagnostic cancer du cardia. Après une amélioration d'une dizaine de jours elle succomba. On trouva un ulcère de l'œsophage qui débutant par la membrane muqueuse était arrivé à la plèvre. La muqueuse était ulcérée dans l'étendue de la paume de la main. La perforation du diamètre d'une pièce de vingt sous siégeait à 15 cm. de l'extrémité inférieure.

Le mieux terminal résultait de l'extension de la lésion et de la diminution de l'inflammation.

Observation L

Ulcère idiopathique perforant de l'œsophage. — Hawtrey Benson.

Une femme de 50 ans, cachectique, en marque 70 ou 80. Elle se plaint de douleur sternale et surtout de dysphagie, presque absolue. Des ganglions hypertrophiés occupent le cou, les aisselles, les aînes. Alimentation rectale. Une amélioration de quelques jours rend la déglutition possible. Mais bientôt diarrhée incoercible et mort.

On enlève le poumon gauche avec soin et l'on trouve un orifice ovale de l'œsophage à 12 cm. de son extrémité. L'ulcère avait commencé par la muqueuse, puis perforé le feuillet pariétal et causé une plaque vascularisée sur le feuillet viscéral.

Observation LI

Fistule œso-pleurale élémentaire. Bouveret. *Bull. soc. anat.* 1877. Gangrène pulmonaire.

X..., âgé de cinquante ans, est malade depuis six mois. A l'entrée les liquides passent bien. Le rétrécissement, à trente-sept centimètres, laisse passer la plus petite olive. On constate plusieurs fois une série de rétrécissements spasmodiques, de siège variable, le plus marqué de l'œsophage. Craignant un cancer, Broca cesse les explorations.

8 *janvier*. — Trois semaines après le dernier cathétérisme vient un point de côté droit, avec dyspnée et quintes de toux. Les crachats

sont abondants, muqueux. Le tiers inférieur du côté droit est mat. Pleuro-pneumonie.

12. — La matité va jusqu'à la crête de l'omoplate. Sonorité normale en avant. Crachats sucre d'orge. Broncho-œgophonie et râles crépitants à l'inspiration profonde.

14-15. — Respiration 40 à 50. Accès nocturnes de suffocation. Pouls de 120 à 130, petit, intermittent. Cyanose des extrémités.

17. — Mort. La déglutition des liquides fut possible jusqu'à la fin.

Autopsie. — La plève droite contient deux litres de liquide brunâtre, à odeur de vin et de lait aigris. Grumeaux et adhérences. Les plèves médiastine et diaphragmatique sont couvertes de fausses membranes et de pus. Péricardite de voisinage.

Poumon droit. Le lobe inférieur contient une bouillie brunâtre dans une coque d'hépatisation rouge et grise. Au centre se trouve une cavité anfractueuse ouverte dans la plèvre et remontant vers l'œsophage où elle s'ouvre à travers un noyau cancéreux. Engouement des autres lobes et vive hyperémie des bronches.

Poumon gauche. Bronchite et congestion.

Abdomen. Une énorme tumeur, d'aspect encéphaloïde, situé près du cardia, est adhérente à la tête du pancréas dégénéré et au lobe gauche du foie. Cette masse passe avec l'œsophage et se prolonge dans le médiastin postérieur. Gros noyau œsophagien à trois centimètres du cardia.

Observation LII

(Cancer. Fistule œso-pleurale. (Gandais)

L.., Jules, blanchisseur, entre le 2 avril 1869 chez M. Pidoux. Il ne peut avaler depuis trois mois. D'abord il suffisait de mâcher soigneusement. Peu à peu vient la cachexie. Le 2 avril les liquides ne passent plus. Le malade accuse une vive douleur xyphoïdienne. La sonde bute vers le tiers moyen, pénètre et revient ensuite difficilement.

12 *avril.* — La nuit, vif point de côté gauche ; respiration anxieuse. Pouls petit, 120 T. 37°,9. Rien à l'auscultation ni à la percussion.

13. — 38°,1. P. 124. Anxiété, dyspnée. On songe à une pleurésie diaphragmatique.

14. — 38°. P. 128. Moins de douleur. Légère matité à la base gauche où le murmure est affaibli. La face se cyanose. La déglutition est plus douloureuse.

15. — La matité de la base s'est augmentée. Il y a un souffle léger à la place du murmure. Égophonie. Pouls petit, anxiété.

16. — P. 138. Souffle intense, dyspnée progressive. Mort la nuit.

Autopsie. — Les deux feuillets de la plève gauche sont épaissis et présentent quelques fausses membranes. Dans la plèvre se trouve assez de liquide louche où nagent des parcelles d'aliments.

A la base du poumon gauche se voit un noyau hépatisé de cinq centimètres. A la partie postéro-latérale droite de la plève diaphragmatique, s'ouvre un canal par lequel un stylet pénètre dans l'œsophage. Ce canal a le volume d'un œuf au-dessus du tiers moyen. Végétations sanguinolentes. Le retrécissement va presque jusqu'au cardia.

Observation LIII

Bull. soc., anat. 1862 Proust. Début de fistule œso-médiastine. Fistule bronchique.

Un homme de 52 ans, ivrogne, s'enrhume, puis s'aperçoit qu'il est gêné pour avaler. Il rapporte l'obstacle vers la poignée du sternum.

A la partie moyenne du thorax siégeaient des douleurs en ceinture. Il souffrait aussi entre les épaules et lors de la déglutition percevait un bruit de glouglou.

Plus tard il ne peut avaler s'il est couché. Vient une pneumonie hypostatique. On trouve à l'autopsie une fistule de la bronche droite, du calibre d'une plume d'oie et vers la quatrième et cinquième dorsale un orifice, large comme une pièce de 5 francs, ouvert dans le médias-

tin. Des fausses membranes épaisses et abondantes empêchaient tout épanchement de matières alimentaires. Le tissu du poumon droit était induré. Une partie de sa face interne formait la paroi de la cavité œsophagienne.

Obseravtion LIV

Thèse de Comte. 1877. Fistule œso-médiastine. Par la sonde?

Val de Grâce. G. 53 ans, entre le 28 novembre 1875. Garde républicain.

Tumeur au niveau du cartilage cricoïde indolore.

Rétrécissement immédiatement au-dessous du pharynx.

Pas de ganglions cervicaux.

24 *janvier*. — La plus petite olive passe difficilement.

2 *février*. — Frisson violent, fièvre. P. 100. Toux. Enrouement depuis quelques jours. Respiration faible à la base du poumon gauche.

6 *février*. — Oppression très forte, voix presque éteinte, quelques râles muco-sibilants. Adynamie.

Le cathétérisme est facile et répété plusieurs fois, le dernier le 11.

12. — Adynamie. Voix imperceptible. Respiration fréquente, courte, saccadée. Mort le 15.

Ulcérations profondes à la partie postérieure du pharynx et de l'œsophage, envahissant tout le tour derrière le cricoïde.

Au-dessous petites nodosités inégales, du volume d'un pois, non ulcérées, blanchâtres, répandues jusqu'au niveau de la bifurcation des bronches. Ganglions sous-maxillaires et bronchiques envahis.

Un éperon formé par la muqueuse au point où elle commence à être saine, laisse voir à gauche un pertuis qui aboutit au-dessous du lobe gauche de la thyroïde.

Thorax. Plèvre droite normale.

Dans le médiastin foyer purulent qui recouvre le cœur, est limité par la face interne de la plèvre gauche, à droite par le médiastin antérieur, il ne touche pas à la plèvre droite.

Pus grumeleux, fétide. Cette cavité communique au niveau de la clavicule avec le trajet fistuleux.

Adhérences pleurales gauches récentes et certaine quantité de liquide roussâtre.

Le péricarde, assez rouge, n'offre pas de fausses membranes.

Micros. — Laveran. Tumeurs non ulcérées.

Globes épidermiques, de coloration jaunâtre, entourés de cellules épithéliales; ces petites masses sont distinctes, réunies dans un stroma fibreux.

En dehors de ces points et surtout à la périphérie se voient des mailles en cylindres remplis de cellules épidermiques.

Le stroma, la dissémination, les cellules en tubes indiquent l'épithélioma tubulé; les globes épidermiques l'épithélioma lobulé. Début glandulaire.

Dans les lymphatiques cellules, disposées les unes à côté des autres, dans des mailles allongées ; aspect du carcinome.

Fistules œso-trachéales, œso-bronchiques.

Observation LV

The Lancet. Rétrécissement. Willian Kebbell. 1874.
Fistules œso-trachéales. Suffocation.

Une dame de 60 ans souffre depuis six mois.

Afaiblissement et amaigrissement progressif. Dysphagée croissante. Peu ou pas de douleur, mais elle crache des glaires abondants et tenaces. Puis les liquides passent seuls. Vient de la toux à chaque essai de déglutition. Ces efforts de toux deviennent si gênants qu'elle ne se nourrit plus que de lavements alimentaires.

Pas de douleurs, mais vomissements de matière glaireuse, de mucus contenant du pus et du sang. Pas de cathétérisme, mais l'irritation et la toux causée par chaque essai pour avaler firent diagnostiquer une ulcération gagnant la trachée ou la bronche gauche.

Autopsie. — L'ulcération siégeait à l'endroit où l'œsophage est croisé par la bronche gauche. La lésion gagnait au loin les parties environnantes. La bronche gauche et la trachée à sa bifurcation sont envahies et de nombreuses fistules ulcérées vont dans l'œsophage.

Pas de retentissement viscéral. C'était probablement un épithélioma. Cette observation montre le danger du cathétérisme; opération très douloureuse et dommageable pour le malade. Jamais, que je sache, elle n'a eu de bon résultat permanent. Au contraire, dans tout ce que je connais, elle a exaspéré tous les symptômes, y compris la dysphagie.

Dans ce cas l'instrument eût sûrement passé dans les poumons, ou, peut-être lésé d'importants vaisseaux avec mort immédiate.

Observation LVI

Cancer de l'œsophage. Abcès pulmonaire. Fistules œsophagiennes et trachéo-bronchique. D. Hay. Edimb. Jour. 1824.

Un homme de 54 ans se plaint de dysphagie et de douleurs vives remontant du cardia vers le pectoral droit. La fièvre est vive. Il est pris d'accès de suffocation, crache du pus et a des quintes de toux dès qu'il avale le moindre liquide. Le dernier jour la déglutition fut facile.

La plèvre gauche contenait de la sérosité. Au sommet postérieur du poumon droit se trouvait un vaste abcès où passaient la trachée et l'œsophage. L'ulcération avait ouvert la moitié antérieure de l'œsophage. La trachée était ouverte un peu au-dessus de sa bifurcation et jusque dans la bronche droite, une tumeur ganglionnaire siégeait au cardia.

Observation LVII.

Gosselin (*Bul. soc. anat.* 1838). Cancer du tiers supérieur. Fistule œso-trachéale.

Un homme de 63 ans a de la dysphagie depuis huit jours. Il est pris de toux convulsive. A l'expiration l'air était chassé par la sonde.

Observation LVIII.

Smith (London, *méd.*, IX). Cancer du tiers supérieur. Fistule œso-trachéale.

Une femme depuis un an a de la dysphagie. La maladie deux mois avant la mort s'exaspère à propos d'un catarrhe bronchique. Dysphagie considérable, dyspnée, glouglou lors de la déglutition des liquides. Mort par dyspnée.

Les parois de l'œsophage sont très épaissies au niveau d'une ouverture de communication avec la trachée qui est pleine de liquides.

Observation LIX.

Young (Edimb. Jour. 1878). Cancer de l'œsophage. Dilatation aortique. Fistule œso-bronchique.

Un homme de 68 ans, souffrait de douleurs vives au côté droit du sternum, vers le milieu. De plus la déglutition était gênée depuis quelques semaines. A l'auscultation le second bruit du cœur était accentué (bruit aortique). Le pouls radial droit était beaucoup plus faible que le gauche.

Cinq jours avant sa mort il rendit une quantité de matière noire et fétide. Entré le 26 juin il mourut le 6 août. La douleur n'avait pas augmenté. En avalant prudemment, les liquides passaient.

On trouva la crosse de l'aorte et le ventricule gauche dilatés. Le lobe moyen du poumon droit était en hépatisation rouge. A un centimètre au-dessous de la bifurcation bronchique siégeait une ulcération qui s'ouvrait dans la bronche gauche. Pour M. Wilks cette rupture s'était faite lors du vomissement, cinq jours avant la mort.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des membranes séreuses.

Physiologie. — Des différences qui existent entre le sang veineux et le sang artériel.

Physique. — Électricité animale. Loi du courant musculaire.

Chimie. — Caractères distinctifs. Préparation et propriétés des iodures et des bromures.

Histoire naturelle. — Des bourgeons, de la préfoliation et de la préfloraison : quels avantages peut-on retirer de la disposition des parties dans le bourgeon pour la détermination des familles, des genres et des espèces ?

Pathologie externe. — Diagnostic différentiel des tumeurs de la région parotidienne.

Pathologie interne. — Du rachitisme.

Pathologie générale. — De la gangrène.

Anatomie et histologie pathologiques. — Lésions de la pneumonie chronique.

Médecine opératoire. — Des différentes variétés d'appareils prothétiques applicables au rapprochement des dents dans le cas de perforaison de la voûte palatine.

Pharmacologie. — Du lait et des œufs : leur emploi en pharmacie.

Thérapeutique. — De la médication antiphlogistique.

Hygiène. — De la sophistication du lait.

Médecine légale. — Des cas de responsabilité professionnelle qui peuvent se présenter dans l'exercice de la médecine.

Accouchements. — De la présentation du tronc.

Vu par le Président de la thèse,
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.